سيكولوجية التدخين

البدء - الأستمرار - الأمتناع

الدكتور

عبد المنعم شحاتة





سيكولوجية
التدخين

سيكولوجية التدخين

البدء - الاستمرار - الامتناع

الدكتور
عبد المنعم شحاته
أستاذ علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنوفية

الطبعة الثالثة مزيدة ومنقحة



الكتاب : سيكولوجية التدخين
المؤلف : د/ عبد المنعم شحاتة
رقم الإيداع : ٤٦٦٦
تاريخ النشر ٢٠١١م
الترقيم الدولى : I. S. B. N. 977 - 215 - 322 - X

الناشر : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع
شركة ذات مسئولية محدودة
الإدارة والمطابع : ١٢ شارع نوبار لاظوغلى (القاهرة)
ت : ٧٩٤٢٠٧٩ فاكس ٧٩٥٤٣٢٤
التوزيع : دار غريب ٣,١ شارع كامل صدقى الفجالة – القاهرة
ت ٥٩٠٢١٠٧ – ٥٩١٧٩٥٩
إدارة التسويق والمعرض الدائم } ١٢٨ شارع مصطفى النحاس مدينة نصر – الدور الأول
ت ٢٧٣٨١٤٢ – ٢٧٣٨١٤٣
البريد الإلكترونى : DarGhareeb@hotmail.com



الإهداء

إلي ...

الأستاذ الدكتور مصطفي سويف،

الأستاذ الدكتور عبد الحليم محمود السيد،

والدى....

ثمرة عطائهم المتفرد، وليغفروا لى تواضعها

المؤلف

إذا عصفت بهمتك «اللفائف»[1]

وجاءك كيدها كالجيش زاحف

وبت وقد أذابت منك روحا

فعالة سمها ولظاها[2] عارف

أقم فى صدها حربًا عوانًا

ولا تخدعك فى لين المطارف

فى أحشائها سم زعاف

وطالع ثغرها للهب قاذف

(عن مجلة «العربى» : ٤٢٢، يناير ١٩٩٤ ص ٥٩).

---

(١) اللفائف: السجائر .

(٢) لظاها: نارها.

مقدمة الطبعة الثالثة

يسعدني أن أقدم لقراء العربية الطبعة الثالثة من كتاب «سيكولوجية التدخين»، والذي يستهدف إماطة اللثام عن مشكلة شديدة الخطورة يواجهها العالم أجمع، ومن أبرز مظاهر هذه الخطورة:

١- أن معدلات الإقدام على التدخين مازالت تثير القلق، فوفقًا لدراسات منضبطة منهجيًا، تقدَّر نسبة المدخين بين طلاب الثانوي العام الذكور ٨,١٠٪ وبين طلاب الجامعة الذكور ٢٠٪، وبين عمال الصناعة الذكور أيضًا ٥٢,٤٪ (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٧-١٤٨) هذا في مصر، أما في الأردن فإن دراسة أجريت على عينة من طلاب جامعة الأردن للعلوم والتكنولوجيا بأربد (كانت العينة قوامها ٦٥٠ طالبًا وطالبة) أظهرت أن معدل التدخين بينهم ٢٨,٦٪ (٥٠,٢٪ بين الذكور، ٦,٥٪ بين الإناث) (Hadded & Malak, 2002)، وتكشف دراسة أخرى أن نسبة المدخنين بين طلاب الثانوي الأردنيين ١٥,٥٪، وبين نظرائهم الإماراتيين ١٥,٩٪ والسودانيين ١٥,٣٪ (عبد الحليم محمود السيد، ١٩٩٧)، وتتجاوز نسبة المدخنين بين المراهقين الأمريكيين (دون السابعة عشرة من العمر) ٢٨٪ (أي أكثر من ٤٦,٥ مليون أمريكي) بل تشير التقديرات إلى أن أكثر من ثلاثة آلاف مراهق أمريكي يبدأون التدخين كل صباح (www. cdc. gov)، وفي الصين تقدر نسبة المدخنين - وفقًا لدراسة مسحية بمشاركة عينة قومية بـ ٣٤,١٪ (نسبة الذكور بينهم ٦٣٪) (Yang, et al, 1999)، ناهيك عن تقديرات مماثلة في كل دول العالم، مما يؤكد أن معدلات انتشار التدخين مازالت خطيرة.

٢- يعد التدخين المسئول الأول عن قائمة طويلة من الأمراض التي تؤدي الإصابة بها إلى الوفاة، فإحصاءات مركز السيطرة على الأمراض (CDC)- وهو أمريكي- تشير إلى وفاة ٤٤٠ ألف شخص سنويًا (يمثل الذكور منهم ٥٩,٧٪) نتيجة الإصابة بأمراض سببها المباشر التدخين، هذا بالنسبة لأفراد مكتملي النمو بدأوا التدخين في سن المراهقة أو بعدها، أما إذا كان المدخن أنثى وحاملاً (تكشف الإحصاءات الأمريكية أن ١٢,٦٪ من الأمريكيات يدخنَّ أثناء الحمل)، وفي دراسة مسحية كندية تبين أن ٢٣,٧٪ من الكنديات دخن أثناء الحمل (www. cdc. gov, Connor & Mcintyre, 1999) فإن تدخينها يعني إما وفاة الجنين قبل ولادته أو ولادة طفل ضعيف البنية (أقل وزنًا وطولاً ونموًا) ومن المرجح أن يكون مشوهًا أو متأخرًا عقليًا.

٣- أن التدخين يؤدي إلى خسائر اقتصادية فادحة تتمثل إما في نقص إنتاجية المدخنين (نتيجة تدهور قدراتهم أو تنقلهم من عمل لآخر أو تغيبهم بسبب إصابتهم بأمراض أحدثها التدخين) تصل قيمتها في مصر التي تعاني من تدني الإنتاجية- إلى ما يوازي ٨٨ مليون ساعة عمل سنويًا تقدَّر قيمتها بمليار جنيه، إضافة إلى ١١ مليار جنيه سنويًا تكلفة علاج أمراض ناتجة عن التدخين، وخمسة مليارات جنيه حجم إنفاق المدخنين المصريين على التدخين، أما في المجتمع الأمريكي، فتتجاوز الخسائر ٤٧ مليار دولار سنويًا إضافة إلى ما بين ٥٠,٧٣ مليار دولار أخرى تكلفة الرعاية الطبية لأمراض ناتجة عن التدخين (Schall, et al, 2005).

٤- والمظهر الأكثر خطورة، أن منتجات التبغ كافة تسبب الإدمان وأن «النيكوتين» هو العنصر الموجود في هذه المنتجات، ويؤثر في المخ مسببًا هذا الإدمان، وأن كل العمليات الكيميائية الحيوية والسلوكية المحددة لإدمان «النيكوتين» تماثل تمامًا ما يحدث عند إدمان أكثر المخدرات تأثيرًا في الجهاز العصبي كالهيروين والكوكايين . . . وغيرهما (Glover, et al, 2005).

٥- وما يثير الإحساس بالخطر الداهم هو أن إدمان «النيكوتين» (التدخين) يضاعف احتمالات تعاطي المدخن المخدرات، أي أن التدخين بوابة المخدرات، كما كان عنوان الطبعة الأولى من هذا الكتاب، إذ تؤكد البيانات الاقتران الجوهري بين تدخين السجائر والتأهب لتجريب تعاطي المواد الإدمانية بمختلف أنواعها إذا ما سنحت الفرصة لذلك، فـ ١٤٪ من الطلاب المدخنين الذي لم يسبق لهم تعاطي الحشيش أو الأفيون أبدوا استعداداً لتجربتها إذا أتيحت لهم الفرصة مقابل ٢٪ فقط من غير المدخنين، كذلك أبدى ٣١٪ من المدخنين الذين لم يسبق لهم شرب الكحوليات استعدادهم لذلك مقابل ٦٪ من غير المدخنين، وأيدت البحوث التالية هذه النسب (مصطفى سويف، ١٩٩٦ : ١٤٤)، وتدعم البحوث الأمريكية الفكرة نفسها، حيث يتوسط تعاطي المواد المباحة قانونًا - كالسجائر والبيرة- بين اللاإدمان وتعاطي مواد إدمانية، حيث تحول ٢٧٪ من طلاب الثانوي بولاية «نيويورك» - خلال ٥ إلى ٦ أشهر من بدء التدخين - من تجريب التدخين إلى تعاطي الماريوانا التي كانت بدورها خطوة نحو تعاطي مواد إدمانية أكثر تأثيراً في الجهاز العصبي؛ إذ تحوَّل ٢٥٪ من متعاطي الماريوانا إلى تعاطي عقار LSD أو الأمفتامينات أو الهيروين، وذلك مقابل ١٪ من غير المدخنين (Kandel, 1978)، مما يؤكد خطورة التدخين.

من هنا ضرورة تكثيف الجهود في مكافحة التدخين، وإحدى صور هذه المكافحة هي التوعية، إذ ينزلق المراهقون إلى التدخين بسبب مزاعم تجذبهم إليه، وهدف التوعية هو كشف زيف هذه المزاعم، وتقديم الدليل على خطئها حتى يعرف المراهقون حقيقة ما هم مقدمون عليه.

وهذا هو هدف الكتاب الذي بين يديك والذي يفيد كلاً من:

أ- المراهق الذي تراوده فكرة تجريب تدخين السجائر، إما استكشافًا لما يحدثه التدخين، وإما تقليداً لشخص (زميله أو والده أو نجم سينمائي معين)

يحبه، وفي كلتا الحالتين، هذا المراهق بحاجة لمعـرفة نتائج ما قد يقدم عليه، وهذا هدف الكتاب الحالي.

ب- الراشد المدخن والذي يفكر في الامـتناع عن التدخين، وربما حاول ذلك ولم ينجح، فيقـدم له هذا الكتاب إجابات عن أسئلة مثل: لماذا يسـتمر في التدخين على الرغم من رغبته المتزايدة في التوقف؟ ولماذا فشلت محاولاته للامتناع عن التدخين؟ وما هي شـروط نجاح قراره بالامتناع عن التدخين؟ أي كيف يمتنع دون انتكاسة أو معاودة التدخين؟

جـ- المهتمين بصحة أبنائنا من آباء وأمهات ومدرسين وأطباء وأخصائيين اجتـماعـيين ونفـسيين، وغـيرهم، الذين يحـتاجـون معلومـات عن سلوك التدخين: كيفية البدء وكيفية الاستمرار وكيفية الامتناع وكيفية الوقاية.

وأخيرًا وليس آخرًا، فإن دعمك عزيزي القـارئ واستقبالك للكتاب هو ما يدفعنا لتطويره، الشكر لك سلفًا، والشكر لصاحب دار غريب ولرجالها، فلولا جهدهم ما رأى هذا الكتاب النور.

عبد المنعم شحاته

شبين الكوم: يوليو ٢٠٠٦

مقدمة الطبعة الثانية

على مدى العقـود الماضية شهـد العالم بأسره حملة مـضادة للتدخين، كانت قوية وذات استمرارية في بعض مناطقه، خصوصًا دول الشمال الغنية، وكانت خـافتـة وموسمـية في مناطق أخـرى من العالم وبخـاصة في الدول الناميـة، والملاحظ أن هذه الحملة قـد حققت بعض أهـدافها، وأخـفقت في تحقيق البعض الآخر.

وتتـمثل مـؤشرات نجـاح هذه الحمـلة في زيادة انتبـاه الأطباء ورجـال الإعلام والتربية إلى أضـرار التدخين الصحية والاجتماعيـة، كذلك تتمثل في تزايد رغبـة المدخنين في الامتناع عن الـتدخين، بل ونجاح البـعض منهم في ذلك، فعلى سبيل المثـال امتنع خمسة عشر مليون أمريكـي عن التدخين فيما بين عامي ١٩٨٢ - ١٩٩٢، كـما أنه بحلول عـام ٢٠٠٧ سيحـظر التدخين حظرًا تامًا في النرويج وسنغافورة حـيث ستعامل فيهما منتـجات التبغ معاملة المخدرات.

وأما مظاهر إخفاق الحملة المضادة للتدخين في تحقيق أهدافها فتتمثل في وجود نسـبة لا بأس بهـا من الذين يدخنون بكثـافة، كـذلك وجود نسـبة لا يُستهان بها من المراهقين المهيـئين لبدء التدخين، وتزايد معدلات الذين يبدأون منهم التـدخين مـبكرًا؛ إذ تكشف مسـوح البـرنامج الدائم لبـحوث تعـاطي المخدرات (مـصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٣٨-١٤٥) عن زيادة نسـبة الطلاب الذين يبدأون منهم التـدخين مبكرًا، أي وهم دون الثانـية عشرة من العـمر، وزيادة الذين يدخنون منهم بكثافة. أضف إلى ذلك أن تدخين السجائر مازال

يمثل المشكلة الصحية الأولى في العالم، فالأدلة تؤكد أنه عامل مخاطرة لأمراض تؤدي إلى الموت كأمراض القلب والسرطان، فعلى سبيل المثال: يظهر تقرير منظمة الصحة العالمية والصندوق الملكي لمكافحة التدخين بـ«إكسفورد» أن ثلاثة ملايين بالدول الغربية، وسبعة ملايين آخرين بالدول النامية يتوفون نتيجة أمراض يسببها التدخين، وأن هذين الرقمين سيتضاعفان ثلاث مرات حتى عام ٢٠٢٥م .

ولهذا السبب أفتى سماحة الشيخ محمد إبراهيم آل الشيخ - مفتي الديار السعودية الأسبق - بتحريم الدخان، وكذلك أفتى الشيخ عبد العزيز ابن باز مفتيها السابق، وفضيلة الشيخ المرحوم جاد الحق - شيخ الأزهر السابق- ووافقهم في هذا الدكتور يوسف القرضاوي، معتبرًا أن التدخين حرام؛ لأنه يضر بالضرورات الخمس: الدين - والوطن - والنفس- والنسل- والمال، ويؤكد البابا شنودة الثالث أن الدين يحرم التدخين؛ لأنه ضار، ويؤذي الآخرين، وأنه دليل ضعف الإرادة، واستشهد نيافته بقول الكتاب المقدس: «كل شيء أحل لي إلا ما تسلط منها عليَّ».

وشهدت الدعوة لحظر التدخين وتنييده دعمًا قويًا لها في مصر خلال أغسطس ١٩٩٧، وذلك حينما طالب الرئيس مبارك أجهزة الدولة بضرورة الحزم عند تطبيق القانون رقم (٤) لسنة ١٩٩٤ - وقد صدر تعديل للقانون رقم (٥٢) لسنة ١٩٨١- والذي يحظر التدخين في المحال العامة والأماكن المغلقة، واستجابة لهذه التوجيهات، نظمت أجهزة الدولة- وعلى رأسها وزارة الصحة- حملة قومية لمكافحة التدخين وحماية غير المدخنين.

وندعو الله أن يكتب الاستمرار لهذه الحملة، ولا تكون كسابقتها التي حدثت عام ١٩٨٧، ولم تستمر إلا لأسابيع قليلة، ونرجو أن يتسع نطاق هذه الحملة في الزمان وفي المكان، في الزمان بحيث تستمر حتى تصبح مصر

كغـيرها ويتناقص فـيها مـعدلات التدخين بدلاً من الزيادة الـسنوية في أعداد المدخنين والتي تتراوح ما بين ٨ و ١٠٪، وأن يتسع نطاق هذه الحملة القومية في المكان لتشمل كافة أنحاء الجمهورية بنفس الزخم والحماس الذي هي عليه في القاهرة.

وفي هذا الصـدد، نأمل أن يقدم هذا الـكتاب بعض العـون في مجـال زيادة الوعي بمخاطر التدخين، وبكيفية مواجهته.

ويمثل هذا الكتـاب تعـديلاً لكتـاب صدر قـبل خـمس سنوات بعنوان «التدخين بوابة المخدرات»، فقد تمت مراجعته في ضوء البحوث التي صدرت خلال هذه السنـوات الخمس، بما يمثل تحديثًـا للكتاب يجـعله مواكبًـا للحظة الراهنة.

وكل التقدير مني لمن ساهم في تقـديم هذا الكتاب لك عزيزي القارئ، سوء كـان من قراء الكتـاب الأول لملاحظات بعضهم المـشجعـة، أو كان من رجال دار غريب للنشر، فبفضل أياديهم المخلصة رأت هذه الطبعة النور.

عبد المنعم شحاتة

الشهداء: أغسطس ١٩٩٧

مقدمة الطبعة الأولى (*)

يعد تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية (المخدرات) أكثر مشكلات القرن العشرين خطورة؛ إذ تلحق الأذى الشديد بكل من الأفراد والدول على السواء، ويتحقق هذا الأذى بغض النظر عن نوع المادة المتعاطاة، وعن جرعتها، فبالنسبة للأفراد، تكشف البحوث (عبد الحليم محمود السيد وآخرون، ١٩٩٠، مصطفى سويف، ١٩٩٦ : ١٤٧؛ Soueif, et, al., 1980, Kandel, et al, 1978) أن المتعاطين:

١- يعانون من أمراض جسمية واضطرابات نفسية بدرجة تزيد - بشكل دال إحصائيًا- عن معاناة غير المتعاطين المناظرين لهم، ولا يقتصر الأمر عند هذا الحد، بل يعاني أطفال المتعاطيات حديثو الولادة من هذه الأمراض، أكثر مما يعاني أطفال غير المتعاطيات، كما أن معدلات أوزانهم وأطوالهم أقل كثيراً بالمقارنة بأطفال غير المتعاطيات.

٢- يعانون من تدهور مستمر في مهاراتهم النفسية، والحركية والمعرفية بالمقارنة بغير المتعاطين.

٣- يتسمون بخصال سلبية مثل ضعف الهمة والإحساس بالانقباض والاغتراب وسوء التوافق الاجتماعي والمهني والتخلي عن المسئوليات الحياتية، والاندفاعية والعدوان، كما لوحظ ارتفاع الميول الإجرامية لديهم؛ إذ يرتكبون الجرائم (مثل: الابتزاز - التزوير - السرقة - الدعارة. . .إلخ) بدافع الحصول على أموال لازمة لشراء المخدر.

(*) وكان عنوان الكتاب حينئذ «التدخين: بوابة المخدرات».

وبالنسبة للدول، فإن تعاطي المخدرات يكلفها أموالاً طائلة(*) في مطاردة المهربين، وفي العناية بالأضرار (المرض والعجز والحوادث) المترتبة على تعاطي ما جلبوه من مخدرات، كما يفقدها أموالاً ضخمة نتيجة نقص إنتاجية المتعاطين، إما بسبب تغيبهم الكامل عن العمل أو لضعف قدراتهم ومهاراتهم اللازمة لأدائه، خصوصًا وأن بحوثًا عدة (أجنبية ومصرية) (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧ : ٢٦؛ Kandel, et al., 1978; Heller, et al, 1986; Chandler, 1988) قد كشفت أن المتعاطين يبدأون وهم في ريعان الشباب ودون العشرين من العمر غالبًا، بمعنى أن بدء التعاطي يصاحب دائمًا بدء إسهام الفرد في الإنتاج، فيضعف هذا التعاطي قدراته الجسمية، ويحدث تدهورًا في قدراته النفسية ومهاراته الاجتماعية، وتشتد وطأة هذا التدهور وذاك الضعف كلما كان المتعاطي صغير السن، وكل هذا يقلل من الطاقة المنتجة في المجتمع.

لذلك تؤرق المخدرات المسئولين في دول العالم أجمع، شرقية كانت أو غربية، متقدمة كانت أو متخلفة، وتدفع الجميع - فرادى أو مجتمعين - إلى تلمس السبيل لمواجهة المشكلة، ويتمثل الاهتمام العالمي بهذه المواجهة في دور الأمم المتحدة، فبالإضافة إلى الجهود الحثيثة لهيئة الصحة العالمية، والمنتظمة على مدى العقود الثلاثة الماضية، فقد دعت الجمعية العامة في قرارها الصادر في ١٣/ ١٢/ ١٩٨٥ إلى عقد مؤتمر دولي يتناول المخدرات، وبعد أقل من عامين وفي أواخر يونيو ١٩٨٧، عقد في «فيينا» «المؤتمر الدولي للمخدرات: التعاطي والاتجار غير المشروع» بحضور ممثلين عن ١٣٨ دولة وأكثر من مائتي

(*) تشير البيانات المتضمنة في الكتيب الذي وضعته Deborah Willoughby والمعنون «كوكايين، أفيون، ماريوانا: مشكلة عامة، مواجهة عامة» - والذي نشرته هيئة الاستعلامات الأمريكية في مايو ١٩٨٨ - إلى ضخامة التمويل الذي تتحمله كل دولة في مطاردة مهربي المخدرات وإبادة الحقول المزروعة نباتات مخدرة (أفيون - كوكا - قنب) وتدمير معامل معالجتها وشبكات ترويجها.

منظمة إقليمية وشعبية مهتمة بمشكلة المخدرات، وتمثل توصيات هذا المؤتمر إطارًا للمعالجة الشاملة للمشكلة، ولم يقف الأمر عند هذا الحد، فقد أصدرت الجمعية العامة في ١٦/ ١٢/ ١٩٨٩ قرارًا يدين الاتجار في المخدرات، ويطالب الدول الأعضاء بوضع مشكلة المخدرات في قائمة الأولويات، ولم يمض شهران حتى عاودت الجمعية العامة مناقشة المشكلة في الفترة من ٢١ إلى ٢٤/ ١٢/ ١٩٩٠، وحثت الدول الأعضاء في الأمم المتحدة على ضرورة التعاون المتبادل في ميادين مكافحة المخدرات.

وانطلاقًا من هذه القرارات، ومن الآثار الخطيرة لتعاطي المخدرات والتي تنوء بحملها خزينة أية دولة مهما ارتفعت مواردها، نظمت على الصعيدين القومي(*) والدولي حملات مكثفة لمواجهة المخدرات، وتركز على محورين رئيسين:

الأول: خفض المعروض من المخدرات، وضرب شبكات ترويجها في أي مكان وهذا واجب رجال الشرطة والقضاء.

الثاني: خفض الطلب على المخدرات من خلال علاج المتعاطين وتأهيلهم نفسيًا واجتماعيًا، ومن خلال وقاية المراهقين من بدء تعاطي المخدرات، وهي الخطوة الأكثر فعالية في خفض الطلب على المخدرات، ومع ذلك، فلم تنتبه له الدول والحكومات إلا في الأعوام الأخيرة(**).

(*) مثال ذلك، ما تم في مصر أعوام ١٩٨٨، ١٩٨٩، ١٩٩١، وعبر وسائل الإعلام القومية من صحافة وإذاعة وتليفزيون، من تكثيف الدعوة إلى الشباب لقول: «لا للمخدرات» وهي جزء من حملة دولية تنظمها جمعية «برايد» (الجمعية القومية لتوعية الأسرة للوقاية من الإدمان) التي تأسست عام ١٩٧٧ في الولايات المتحدة، وتكون فرع لها في مصر.

(**) تجدر الإشارة إلى الدور الحيوي الذي يلعبه صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي التابع لمجلس الوزراء المصري والذي تأسس سنة ٢٠٠٣ ويقوم بحملات مكثفة لخفض الطلب على المخدرات إما من خلال الوقاية من بدء التعاطي أو علاج المتعاطين.

وعلى الرغم من التطور الذي يعكسه تنفيذ هذه الحملات، إلا أنها مازالت تغفل نقطة لها أهميتها البالغة في نجاحها، وهي المدخل أو البوابة التي يدخل منها الفرد عالم التعاطي بكل مآسيه، ألا وهي «تدخين السجائر»، فالسيجارة هي البداية بالنسبة للمتعاطين لكل أنواع المخدرات تقريبًا، ويجب أن تكون البداية - أيضًا - لكل حملات خفض الطلب على المخدرات، وبإغفال هذه البداية تفقد تلك الحملات مدخلها الذي ييسر لها تحقيق آثارها المرجوة.

لذلك، كان وضع هذا الكتاب، الذي يبين علاقة تدخين السجائر بتعاطي المخدرات، وكيف أنه بوابة هذا التعاطي، وهو يتضمن:

١-تمهيد يبين كيف عرف عالمنا المعاصر تدخين السجائر، ومتى كان ذلك، ومدى انتشار التدخين في دول العالم، مع التركيز على مدى انتشاره في مصر خاصة.

٢- فصل يتناول الأضرار الخطيرة للتدخين، بدنيًا ونفسيًا واجتماعيًا بالنسبة للفرد، واقتصاديًا بالنسبة للدولة.

٣- ويتناول فصله الثاني المتغيرات التي تشجع المراهقين على بدء التدخين.

٤- أما الفصل الثالث، فيشير إلى المتغيرات التي تحث الفرد على الاستمرار في التدخين، والنظريات المفسرة لهذا الاستمرار.

٥- أما الفصل الرابع، فيتناول رغبة الفرد في الامتناع عن التدخين، والأساليب النفسية التي تساعده في ذلك.

٦- ويبرز الفصل الخامس أهمية وقاية المراهقين من بدء التدخين، وكيفية هذه الوقاية.

٧- ثم يقترح الفصل السادس - والأخير- بعض الأساليب الواجب اتباعها لتخليص المجتمع من ظاهرة تدخين السجائر، وبالتالي التغلب على مشكلة المخدرات.

وقبل استعراض هذه الفصول، نرجع الفضل لأهله، وعلى رأسهم أستاذي الدكتور عبد الحليم محمود السيد- رئيس قسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة القاهرة - الذي أشار عليَّ بوضع هذا الكتاب، وتابع وضعه خطوة خطوة، موجهًا هذا الوضع بآرائه الثرية، ورؤاه الثاقبة، أما أخي الدكتور طريف شوقي - كلية الآداب ببني سويف- فقد أسهم في توضيح الرؤية بانطباعاته المشجعة، وملاحظاته الموضوعية، أما أخي الدكتور أحمد علم الدين- كلية الفنون التطبيقية بجامعة حلوان- فله فضل نقل المعنى في أشكال بديعة على بساطتها وجمالها.

وأخيرًا، جزى الله خيرًا زوجتي وابنتي على تضحياتهما التي يسرت وضع هذا الكتاب، وجزى الله خيرًا صاحب مكتبة الزهراء ورجالها، فلولاهم ما رأى هذا الكتاب النور، جزى الله الجميع عني خيرًا.

عبد المنعم شحاته

الشهداء: سبتمبر ١٩٩٢

تمهيد

عرف الصينيون زراعة التبغ، ودخنوا أوراقه، وكذلك الهنود الحمر في العالم الجديد (الأمريكتين)، إلا أن المؤرخين يؤكدون أن عالمنا المعاصر عرف زراعة التبغ واستخدامه في صناعة السجائر مع بداية الاكتشافات الجغرافية الأوربية في القرن الخامس عشر الميلادي؛ إذ لاحظ مستكشفو العالم الجديد الأوربيون(*) أن سكان الأمريكتين (أي الهنود الحمر) كانوا يزرعون التبغ، ويستمتعون بتدخين أوراقه في قصبات من الطين ذات قصاع من النحاس (نيفنز وكوماجر، ١٩٨٢ : ٧٠)، وقد عرف العالم القديم (أوربا والشرق) التبغ بعد ذلك على هذا النحو:

١٤٩٢ لاحظ اثنان من ضباط كولمبس وهما «لويس دي تورس Torres وجرز Jerez» أن الهنود يدخنون التبغ.

١٥١٢ نقله «دين ليون deLeon إلى البرتغال»(**).

١٥٥٦ نقله «ثافت» من البرازيل إلى فرنسا .

(*) ذكر اثنان من بحارة «كولمبس» أن سكان الأرض الجديدة يدخنون نوعًا من العشب تبين فيما بعد أنه التبغ، وكان الرحالة الإيطالي «كولمبس» أول المستكشفين لهذه الأرض لصالح إسبانيا «حيث وصل إلى جزر الباهاما» و«كوبا» و«هايتي» في أكتوبر عام ١٤٩٢، وسميت هذه الأرض الجديدة باسم «أمريكا» نسبة إلى «أميركو فسبونشي» Amerigo Vespensico الذي اكتشف «البرازيل» عام ١٥٠١، كما اكتشف جون كابوت Caboot ولصالح إنجلترا كلا من «لبرادور» و«نيوفند لاند» في عام ١٤٩٧، واكتشف الفرنسي جاك كارتييه Crtine كندا في عام ١٥٣٥، واحتل الإسبان بقيادة «هرناندو كورتيز» Cortez المكسيك في عام ١٥٢١ . (انظر: عمر عبد العزيز، ١٩٨٨ : ٣٢١ - ٣٢٢).

(**) يقال: إن أحد بحارة كولمبس ويدعى «رود ريجوري خبريث» هو أول من جلب التبغ معه من أمريكا إلى البرتغال (عادل الدمرداش، ١٩٨٢ : ٢٠٥).

١٥٥٨ زرع التبغ في البرتغال ونقله «هرنانديس» إلى إسبانيا.

١٥٥٩ وصف «نيوكت Nicot» خصائصه الطبية، وزرعه «هرنانديس» (الطبيب الشخصي للملك فيليب) في إسبانيا.

١٥٦٥ نقله «هوكنز Howkins» إلى إنجلترا، ودخنه فيها رالف Ra-laigh، ونقله «جسنر Gesner» إلى زيورخ.

١٥٧٣ زرع التبغ في إنجلترا .

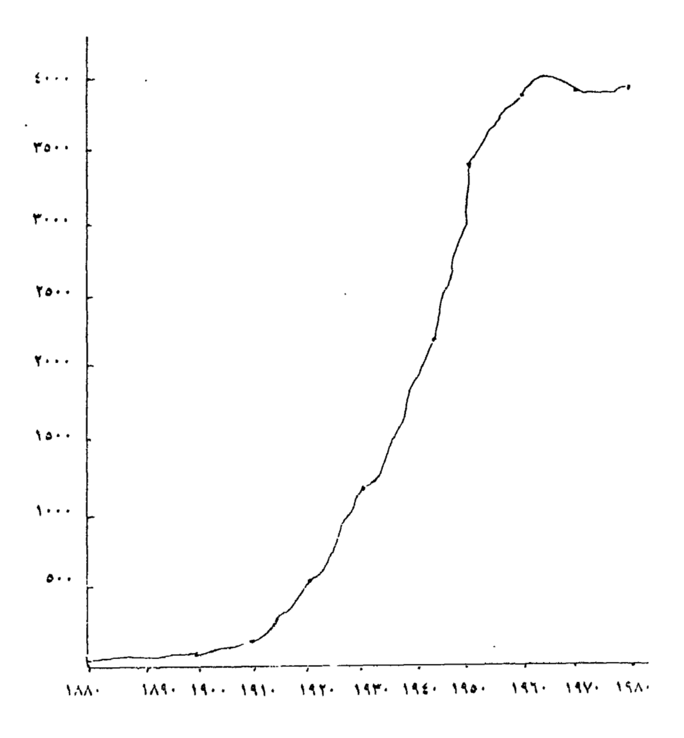
١٦٠٣ - ١٦١٧ نقلت عادة التدخين إلى تركيا (Lancker, 1977).

وخلال القرن السابع عشر، أصبح التبغ أكثر المحاصيل رواجًا في أوربا، فبعد إنشاء أولى المستوطنات الإنجليزية في «فرجينيا» عام ١٦٠٧، والتي سميت «جيمس تاون»، تعلم أحد مستوطنيها زراعة التبغ من الهنود الحمر، وحقق في عام ١٦١٢ أرباحًا طائلة نظير بيع محصوله في أسواق «لندن»، مما شجع كل سكان المستوطنة على زراعته، ولم تمض سبع سنوات، حتى اكتسب التبغ قيمة تجارية عالية، وأصبح المحصول الرئيسي الذي تتم مقايضته بالسلع الضرورية، بل وأصبح معيارًا للتعاملات بين المستوطنين، ففي عام ١٦١٩ بدأت إنجلترا إرسال فوج من الحسناوات الشابات ليصبحن زوجات للقادرين من المستوطنين على دفع نفقات نقلهن بواقع مائة وعشرين رطلاً من التبغ لكل واحدة، وفي عام ١٦٣٢ أجاز المجلس التشريعي (النيابي) في «فرجينيا» زيادة الحصة التي يؤديها كل مستوطن فيها لرجال الكنيسة كضريبة عامة، والتي كانت قبل هذه الزيادة عبارة عن عشرة أرطال تبغ (المرجع نفسه).

وهو ما يشير إلى تزايد معدلات زراعة التبغ، وتزايد - بالتالي- معدلات استهلاكه، وأدى تدخين التبغ من قبل عدد من الشخصيات البارزة في القرنين السابع عشر والثامن عشر الميلاديين، كالملوك والأباطرة (مثل الملكة

«شارلوث» زوجة جورج الثالث، والملكة «كاترين» الكبرى «وبيتر الأكبر») والفلاسفة (مثل: «فرنسيس بيكون» ، و«فولتير») والساسة (مثل: «بسمارك») والأدباء (مثل: «مارك توين» و«شارلز لامب» و«كبلنج»)، وحماس بعضهم الشديد للتبغ ودعوتهم لمواطنيهم إلى ممارسة تدخينه- كما ورد في كتاب «فرنسيس بيكون» نشر سنة ١٦٢٦ بـ لندن- وفي عام ١٨٤٠ تمكن الفرنسيون من صنع السجائر بلف التبغ داخل ورق رقيق، وفي عام ١٨٥٠ قام الإنجليزي «فيليبس مورس» بصنع السجائر يدويًا وبيعها بالجملة، وكذلك تمكن الدوق الإنجليزي جيمس باكينان Buchanan، وبمساعدة يهود بولنديين، وروس جلبهم معه إلى أمريكا، من تصنيع السجائر آليًا ابتداء من عام ١٨٦٧م. وفي عام ١٨٨٠ تمت ميكنة صناعة السجائر (رنوفان، ١٩٧١: ١١- ٢٣؛ عادل الدمرداش ١٩٨٢: ٢٥١)، كل هذا أدى إلى تعاظم معدلات استهلاك التبغ أواخر القرن التاسع عشر وطوال العقود الماضية من القرن العشرين(*) ، وعلى سبيل المثال، يوضح شكل (١) تزايد القدر المخصص من السجائر لكل مواطن أمريكي تجاوز عمره الخامسة عشرة عامًا فيما بين عامي ١٨٨٠، ١٩٨٠، أي على مدى يزيد على قرن من الزمان، ويبين الشكل أن متوسط عدد السجائر المستهلكة سنويًا قد تزايد بشكل ملحوظ فيما بين عامي ١٩١٠، ١٩٦٥ ففي بداية هذه الفترة كانت الحرب العالمية الأولى، حيث كان يتم توزيع علبة سجائر مجانًا على كل جندي، مما ساعد على شيوع عادة التدخين، وسجل العقد الخامس (١٩٤٠-١٩٥٠) أعلى معدل لهذا الشيوع، ربما بسبب الحرب العالمية الثانية، ومشاركة الشباب- ومن الجنسين- في أداء خدمات عسكرية عبر البحار، بشكل هيأ معظمهم- وخصوصًا الإناث- نفسيًا وماديًا للإقدام على تدخين السجائر،

(*) كذلك كان تأثير تدخين قائد ثوار بوليفيا «جيفار» الذي قتل سنة ١٩٦٧ .



شكل (١) يوضح معدلات إستهلاك السجائر فى الولايات المتحدة فيما بين عامى ١٨٨٠ – ١٩٨٠

كمـا ساهم في زيادة معدلات التـبكير (بدء التدخين مـبكرًا) في بدء التدخين (رنوفان، ١٩٧١ : ١٠٣-١٠٥؛ عادل الدمرداش، ١٩٨٢ : ٢٥٢).

وتؤكد البيـانات المفصلة المتاحة (بعد عـام ١٩٥٥) عن تدخين السجائر في المجتـمع الأمريكي، أنه في الوقت الذي تتناقص فـيه نسـبة المدخنين إلى إجمـالي السكان الذين تجاوزوا العشـرين عامًا من عـمرهم، فإن هذه النسـبة ترتفع ارتفاعًا مخـيفًا فيما بين الذين هم دون العشرين من العـمر، وفيما بين الإناث منهم على وجه التحديد كما يظهر من جدول (١) .

جدول (١)

نسب المدخنين الأمريكيين إلى إجمالي السكان أعوام ٥٥، ٥٦، ١٩٧٥

البيان	١٩٥٥			١٩٦٥			١٩٧٥		
	جملة السكان	المدخنون منهم	٪	جملة السكان	المدخنون منهم	٪	جملة السكان	المدخنون منهم	٪
ذكور دون العشرين من العمر	٧,٦	١,٥	٢٠	١٢,٤	٢,٣	١٩	١٥,٠	٣,١	٢١
ذكور فوق العشرين من العمر	٥٠,٩	٢٦,٥	٥٢	٥٦,٨	٣٠,٠	٥٣	٦٦,١	٢٥,٩	٣٩
إناث دون العشرين من العمر	٨,٠	٠,٧	٩	١٢,٠	١,٢	١٠	١٤,٥	٢,٩	٢٠
إناث فوق العشرين من العمر	٥٣,٩	١٣,١	٢٤	٦١,٢	١٩,٧	٣٢	٧٢,٧	٢١,٠	٢٩

(*) الأرقام بالمليون . (نقلاً عن: Lancker, 1977)

الذي يوضح أن نـسب المدخنين بين الذكـور أعلى من نظيـرتـهـا بين الإناث، سـواء تمت المقـارنة بين المراهقين والمراهقـات، أو بين الراشـدين والراشدات، إلا أن تفاوتًا ملـحوظًا بين هذه النسب يرجع إلى العمر، فـبينما تقل نسب المدخنين فيـما بين الراشدين والراشـدات عام ١٩٧٥ عن مثيـلاتها عامي ١٩٦٥، أو ١٩٥٥، تزيد نسبتهم فيما بين المراهقين والمراهقات، وتكون هذه الزيادة أكثر وضوحًا فيما بين المراهقات (Leader, 1977).

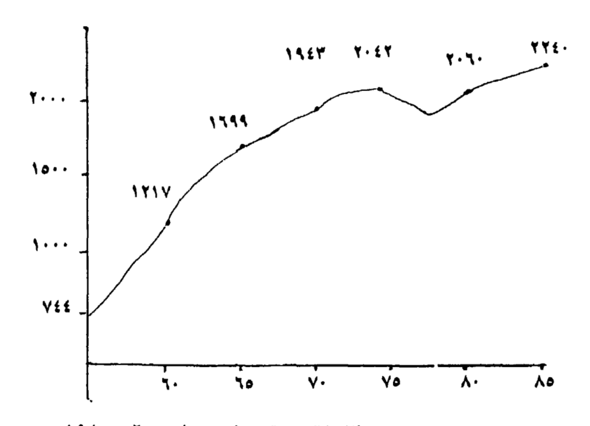
وتشير الإحصاءات إلى أن معدلات تزايد استهلاك الأوربيين للسجائر تماثل ما هي عليه في أمريكا (المرجع نفسه)، ويقدم شكل (٢) صورة هذه الزيادة في ألمانيا الغربية كنموذج لبلدان أوربا، كذلك تشير إحصاءات الأمم المتحدة إلى أن أكثر من نصف رجال العالم الثالث (الدول النامية) يدخنون(*) ويوضح شكل (٣) معدلات زيادة استهلاك سكان العالم كله من السجائر خلال الربع الماضي من القرن العشرين والتي تقدر بـ: ٣١٨ مليار سيجارة سنة ١٩٧٠ ارتفعت إلى ٤٢٦٠ مليارًا سنة ١٩٧٨، وإلى ٤٥٦٣ مليارًا سنة ١٩٨٣ (Uma Ram Nath, 1986: 82' Chandler, 1986) .

وقد عرف العرب تدخين السجائر عن طريق الأتراك، الذين تعرفوا عليه من الأوربيين، ومن فرنسا بوجه خاص، فيما بين عامي ١٥٠٣، ١٥٧٢، حيث كانت تربطها آنذاك بتركيا علاقات تجارية قوية جدًا (رنوفان، ١٩٧١).

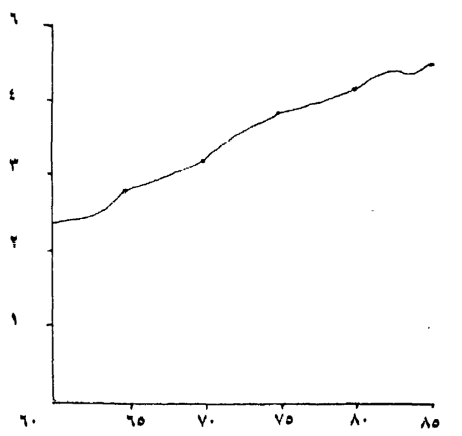
ونقل الأتراك زراعة التبغ إلى مصر عام ١٥٨٩، أي بعد الفتح العثماني لها. وكانت مصر تصدر التبغ منذ أن بدأت زراعته وحتى أصبحت هذه

(*) وهناك تزايد ملحوظ في استهلاك سكان العالم الثالث للتبغ، فبينما كانوا يستهلكون ٣٢٪ من جملة ما يستهلكه العالم أجمع في الستينيات من القرن العشرين، إذ بهم يستهلكون ٤٠٪ منه سنة ١٩٧٧، ويتوقع الخبراء تضاعف هذه النسبة سنة ١٩٩٥، ومع هذه الزيادة. يعد التدخين في الدول النامية أكثر خطورة منه في الدول المتقدمة، إذ يختلف القدر الذي تحتويه السجائر من العناصر الكيمائية ويوضح الجدول التالي هذا الاختلاف (نقلاً عن Ball, 1986).

اسم السيجارة	حجم قطران لكل سيجارة	
	أمريكا	فيلبين
كنت (كينج)	١٦	٣٢,٨٧
لكي إسترايك	٢٣	٢٧,٤٥
مارلبورو (كينج)	١٨	٢٦,١٢
مارلبورو (١٠ مجم)	١٧	٢٥,٠١
ونستون (كينج)	١٩	٢٦,٣٩



شكل (٢) تطور التدخين فى ألمانيا الغربية فيما بين عامى ٦٠ – ١٩٨٥



شكل (٣) معدلات استهلاك العالم للسجائر فيما بين عامى ٦٠ – ١٩٨٥

الزراعة محظورة في مصر، أي منذ عام ١٨٩٠، وذلك لاعتبارات جمركية واستعمارية (فقد احتلت «إنجلترا» مصر عام ١٨٨٢، وكانت إنجلترا تزرع التبغ)، وقد نقل الأتراك والأرمن واليونانيون صناعة منتجات التبغ- وخصوصًا السجائر- إلى مصر في القرن التاسع عشر، وحققت هذه الصناعة تزايدًا مطردًا في القرن العشرين، فعلى سبيل المثال كانت نسبة الزيادة في الكمية المنتجة من السجائر (وتمثل ٨٧,٥٪ من إجمالي قيمة منتجات صناعة التبغ المصرية) أعوام ١٩٧٢م، ١٩٧٦، ١٩٧٧، ١٩٧٨، بالمقارنة بمثيلتها عام ١٩٦٥ هي: ١٤,١٪، ٧٣,٦٪، ٨٩٪، أو ١٠٦٪ على التوالي(*) . وقد صاحب هذه الزيادة في الإنتاج زيادة في معدلات الاستهلاك لدى المصريين، فقد بلغ ما استهلكه المصريون من سجائر عام ١٩٥٢ حوالي ١١٤٠٠ طن، عام ١٩٦٥ حوالي ١٢٧٤٥,٨٣طن، ارتفعت في عام ١٩٧٦ إلى ٢٢٢٥٧,٣٥ طن، وأصبحت في عام ١٩٧٧ أكثر من ٢٥٠٧٢,٣طن، ثم في عام ١٩٧٨، ٢٨٠٠٧,٦طن، وفي عام ١٩٧٩، ٣٠٨٩٥,١٣ طن، أما في عام ١٩٨٠، فقد أصبحت ٣٤١٩٢,١ طن، وهو ما يشير إلى تزايد معدلات استهلاك المصريين للسجائر بنسبة تفوق الـ ١٠٪ سنويًا؛ إذ قدر ما يستهلكونه من سجائر بـ: ٢٩,٩ مليار سيجارة سنة ١٩٧٩، ٣٢,٥ مليار سنة ١٩٨٠، ٣٥ مليارًا سنة ١٩٨١، ٣٧ مليارًا سنة ١٩٨٢، ٤٤ مليارًا سنة ١٩٨٣، و٦٠ مليار سيجارة عام ٢٠٠٤ ، كما أن أعداد المدخنين المصريين تتزايد بمعدل سنوي ٨,٧٪ (Chandler , 1998) . وقد قدرت إحدى الدراسات (Gomma, 1982) التي تقوم بدراسة مدى انتشار تدخين السجائر في المجتمع المصري من خلال تناول عينة ممثلة له، أن ٧,٧٪ من الذكور الذين هم دون العشرين عامًا، و٥٨٪ من الذين تراوحت أعمارهم بين العشرين والأربعين

(*) تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن صناعة «منتجات التبغ» القاهرة، فبراير ١٩٨٠: ١٤ - ٢١، انظر كذلك المرجع Uma Ram Nath, 1986: 85.

سنـة، و٧٩,٨٥٪ من الذين تراوحت أعمـارهم بين الأربعين والستين سنة، ٦١,٣٥٪ من الذين تجاوزوا الستين عامًا من الـعمر يدخنون، وتؤكد الدراسة أن تدخين السجائر مازال غير منتـشر بين الإناث المصريات بصورة انتشاره بين الذكور المصريين، أو حتى بنسبـة انتشاره بين الإناث في الدول الغربية؛ إذ لم تتجاوز نسبة المدخنات - في عينة تلك الدراسة - ١,١٩٪.

وفي تقرير لوزارة الصحة المصرية (نشر ملخصه في مجلة نصف الدنيا، عدد ٨٢٨ بتاريخ ٢٥/١٢/٢٠٠٥ ص ٣٥ - ص٣٩) أن ١٤ ألف طفل دون العاشـرة دخلوا دائرة التدخين، وأن ١٧٪ من الرياضـيين، ٤٢٪ من طـلاب الجامعات، ٦٢٪ من المدرسين، ٤١٪ من الأطباء يدخنون.

وفي دراسة (نـشر ملخـصها بجـريدة الأهرام، العدد ٤٣٦٤١ بـتاريخ ١/٦/٢٠٠٦) أجراها المركـز الإقليمي لمكتب شـرق المتوسط بمنظمة الصـحة العالمية وعنوان الدراسة «الشباب والشيـشة» أجريت بمشاركة ٥٥٨٥ شابًا وفتاة في خمس محافظات مصرية، تـتراوح أعمارهم بين ١٥ و٣٥ سنة، وكشفت عـن أن ٨٠٪ منهم بدأوا تدخين الشيشة قـبل سن ١٨ سنة، حيث أصبحت المقاهي بشكلها المطور المعقل الأول لممارسة تدخين الشيشة، وإن أشار بعضهم إلى أنه دخن الشيشة لأول مرة ببيته.

أمـا الدراسات الوبائيـة التي أجراها الـبرنامج الدائم لبـحوث تعـاطي المخدرات بالمركز القومي (المصري) للبحوث الاجتماعية والجنائية فتشير إلى أن نسبة انتشار التدخين بين طلاب الثانوي الذكور هي ١٠,٨٪ مقابل ٢٠٪ من طلاب الجـامعـة الذكـور، ٥٢,٤٪ من عـمال الصناعـة الذكور (مـصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٧-١٤٨).

وهكذا يتـضح لنا مما أسلفنـا أن هناك تزايدًا مطردًا في أعـداد المدخنين على مستـوى العالم، فهذا التـزايد نلحظه في الدول النامية أو المتخلفـة (كما

توضح صورة انتشار التدخين في مصر) ونلحظه أيضًا في الدول المتقدمة (مثل الولايات المتحدة)، كما نلحظه أكثر بالنسبة للمراهقين والفتيان الذين هم في مقتبل العمر ودون العشرين عامًا، سواء كان هؤلاء الفتيان في دول نامية أو دول متقدمة، والفارق بين العالمين، هو تزايد نسب المدخنات في العالم المتقدم بدرجة تقترب من نسب المدخنين فيه، بينما تظل نسبتهن في العالم النامي ضئيلة بالمقارنة بنسبة المدخنين فيه، أو بنسبة المدخنات في العالم المتقدم أو الغربي، ولأن الدارسين لهذه الظاهرة قد وجدوا علاقة بين تزايد معدلات تدخين الإناث وتغيير دورهن في المجتمع ووضعهن الاقتصادي والاجتماعي (Leader, 1986)، فإننا نتوقع اختلاف نسبة المدخنات بالعالم النامي في المستقبل عما هي عليه الآن للتغيرات الاجتماعية التي عايشتها دول هذا العالم في النصف الثاني من القرن العشرين. وتدعم دراسة «بيفيديت» Buivydaite وزملائه والتي أجريت في «ليتوانيا» (٢٠٠٣) هذا الاستنتاج، حيث تبين مسوح أجريت على مدى عشرين عامًا مضت أن أعداد المدخنات متوسطات العمر تزيد بمعدل ٢,٧٪ كذلك تكشف دراسة أجريت على طلاب جامعة «أربد» الأردنية (كانت العينة ٦٥٠ طالبًا وطالبة) أن ٦,٥٪ من الطالبات يدخن (Haddad & Malak, 2002). وعلى الرغم من الخطورة الشديدة التي يمثلها تزايد أعداد المدخنات.

وتتمثل هذه الخطورة في:

١- أن النساء أكثر حساسية للنيكوتين، وأكثر إظهارًا لسلوكيات تشير إلى الإدمان الفسيولوجي والنفسي عليه، وأكثر حساسية بالتالي لأعراض الانسحاب، مما يجعلهن أقل ميلاً لمحاولة الامتناع (إذ تؤكد البحوث أن عدد اللائي يعايشن ضغطًا تمثله هذه الرغبة ضعف عدد الذكور). ويتسق هذا مع كونهن أكثر ميلاً لتدخين سجائر ينخفض فيها معدل النيكوتين، ولا

يأخذن أنفاسًا عميقة عند تدخينها، وتقل احتمالات أن يكن مدخنات بشراهة (Killen, et al, 2004' Rayce, et, al, 1997).

٢- أن الإناث أكثر تـعرضًا لمخاطر الإصابة بـأمراض يسببهـا التدخين، وأن ضرر تدخينـهن يمتد متجاوزًا جـيلهن والمحيطين بهن إلى المسـتقبل حيث يؤدي تدخين الأم أثناء الحمل والرضاعة إلى إضعاف بنية الوليد وتأخر ارتقائه وتزايد احتمالات كونه يولد مشوهًا خلقيًا (تكوينيًا) أو متأخرًا عقليًا.

ومع هذا، فحيث نسبة انتشار التدخين بين الذكور هي الأعلى، وحيث الرجل بتـدخـينه يُعَرِّض الإناث لـلتدخين السلـبي أننا سنقـتصـر - في هذا الكتـاب- على إماطة اللثـام عن مظاهر خطورة مـشكلة تدخين السجـائر بين الذكور.



الفصل الأول

أضرار تدخين السجائر

الفصل الأول

أضرار تدخين السجائر

لم يدر بخلد مكتشفي الأمريكتين الأوربيين أنهم بنقلهم زراعة التبغ من العالم الجديد إلى أوربا إنما ينقلـون إليها وإلى عالمنا اليوم، سمًّـا زعافًا، ولم يدر بخلد العـشرين مليـون بريطاني والخمسـين مليون أمريكي، بـل ومعظم رجال العالـم الثالث أنهم بتدخينهم السجائر إنما يتجرعون هذا السم، ويسعون بخطى حثيثة إلى تدمير قدراتهم النفسية والجسمية، ويتسببون في إلحاق الأذى بأحـبتهـم وأهلهم ووطنهم؛ لأن تدخين السجـائر من أكثـر العادات الـضارة شيوعًا ورسوخًا في القرن العشرين، إذ تترتب عليه آثار شديدة الأذى للجسم والنفس، والصحة، والوطن، فـبالنسبة للجسم يسبب التـدخين أمراضًا تأتي على رأس قائمـة الأمراض المسبـبة للوفاة، ففي أمـريكا وحدها يموت نتيـجة الإصابة بهذه الأمراض أكثر من خمسة أضعاف الذين يموتون نتيجة الحوادث، وما يقـرب من مائتي ضـعف الذين يموتون بسبب الاعـتمـاد (الإدمان) على الهيروين. (Orleans, et, al., 1993, Polling, 1977)

وبالنسـبة للنفس، فـإن التـدخين يحدث درجـة من الاعتـماد النفـسي والفسـيولوجي على النيكوتين تعد أهم أسـباب فشل مـحاولات المدخنين في الامتناع عنه، بالنسـبة للصحـبة فإن التـدخين لا يقتصـر ضرره على المدخن فقط، وإنما يطول جلسـاءه من أهله وأحبائـه، وبالنسبة للوطن فـإن التدخين يلحق بالاقتصاد القومي أضراراً طائلة نتيجة تناقص قدرات المدخنين الصحية،

وبالتالي نقص إنتاجهم، ونتيجة ما تتحمله ميزانية الوطن من نفقات عناية طبية بالأمراض التي يسببها التدخين، وسوف نعرض في الصفحات التالية لكل تلك الآثار:

أولاً: آثار تدخين السجائر على الجسم:

تحتوي السيجارة الواحدة على أكثر من ألف ومائتي عنصر(*) (غاز أو جزيء) كيميائي، يدخلها الفرد بتدخينه للسيجارة إلى جسمه، فيحاول الجسم طرد بعضها عن طريق السائل المخاطي والبول، وبالتالي لا تسبب له ضرراً إلا إنهاكه أثناء عملية الطرد هذه، ويفشل في طرد بعضها الآخر؛ لأنها تذوب في الماء، وحينذاك تتراكم في الجسم، ويزداد تركيزها فيه حتى تصبح سامة، وفي هذه الحالة يفرز الجسم أنزيمات معينة تعمل على التخلص من تلك العناصر أو على الأقل تحصين الجسم ضدها بحيث لا يؤذيه تواجدها فيه، وهنا قد يحدث تفاعل بين هذه الأنزيمات وتلك العناصر، بموجبه تصبح العناصر غير القادرة على إحداث السرطان، عناصر سرطانية تلتصق بأحماض نواة الخلية الجسمية (د. ن. أ، ر. ن. أ DNA, RNA) وتؤدي إلى انقسامها الخاطئ والسريع بدرجة مخيفة (هارسيناي وهتسون، ١٩٨٨: ٩٧، ٩٩، ٢٢ Lancker, 1977)، وهذا هو أول مصادر الخطر في تدخين السجائر، ولإماطة اللثام عن هذ المصادر نبدأ بذكر بعض العناصر الكيميائية الأكثر إحداثاً للضرر.

١- النيكوتين:

استطاع «بوسلت» R. Posselt - في هايدبرج Heidelberg عام ١٨٢٩ استخلاص «النيكوتين»(**) واكتشاف طبيعته القلوية، والنيكوتين الطازج زيت

(*) ويقال: أربعة آلاف عنصر كيميائي.

(**) الجرعة المميتة من النيكوتين الخالص هي ٤٠ مجم وهي توجد في سيجارتين.

لا لون له، مستهجن الرائحة، ويذوب في الماء، يصبح بني اللون إذا تعرض للهواء، ويعد مسئولاً عن الآثار المباشرة للتدخين، إذ تمتص الرئتان ما بين ٢,٥، ٣,٥مجم «نيكوتين» من كل سيجارة يدخنها الفرد (Lancker, 1977) ويحدث «النيكوتين» إحساس الحرقان في الفم والبلعوم وألمًا شديدًا في البطن ينتج عنها ارتفاع درجة الحرارة والصداع والغثيان والقيء، وتشنج العضلات، وزيادة إفراز العرق، كما يؤدي النيكوتين إلى تنشيط حركة الأمعاء مما يحدث الإسهال، وإلى زيادة الإفراز المعدي مما يقلل الإحساس بالجوع، وإلى زيادة معدل نبض القلب (تقدر الزيادة بـ ١٠- ٢٥ نبضة في الدقيقة) وإلى انقباض إنسان العين مما يضعف الرؤية، وتنتج هذه الآثار بعد تدخين سيجارتين فقط (Cox, et al, 1983: 380 - 385; Dreisback, 1980: 119-120).

وتزداد شدتها وشدة ما تسببه من ألم بزيادة سرعة التدخين، فتدخين السيجارة خلال دقيقتين أكثر ضررًا من تدخينها خلال عشر دقائق، ويصل النيكوتين إلى المخ بسرعة (أقل من سبع ثوان) لقابلية امتصاصه من أي موضع على الجسم كالبشرة أو بداخله كأغشية الفم والأنف والجهاز التنفسي والهضمي، وإن كانت الرئتان الأسرع امتصاصًا له، ولأن بناءه الكيميائي يتشابه مع التركيب الكيميائي لأحد الناقلات العصبية والمسمى (Ac-etylcholine)، فإنه ينبه خلايا الجهاز العصبي اللاإرادي(*) (السمبتاوي Sym-pathetic والباراسمبتاوي Parsympatheic والمخ الأوسط والنخاع المستطيل Medulla)، والتي تنبه - بدورها- الغدة النخامية التي بدورها أيضًا تنبه الغدة الكظرية، فيزيد إفراز «الإدرينالين» مما يزيد من نشاط القلب والعضلات والأوعية الدموية فيرهقها كما يزيد قابلية الصفائح الدموية للتجمع نتيجة زيادة لزوجتها، مما يرفع من احتمالات الإصابة بالجلطة الدموية وتصلب الشرايين،

(*) وهو مخمد لباقي أجزاء الجهاز العصبي (Dreisback, 1980: 120).

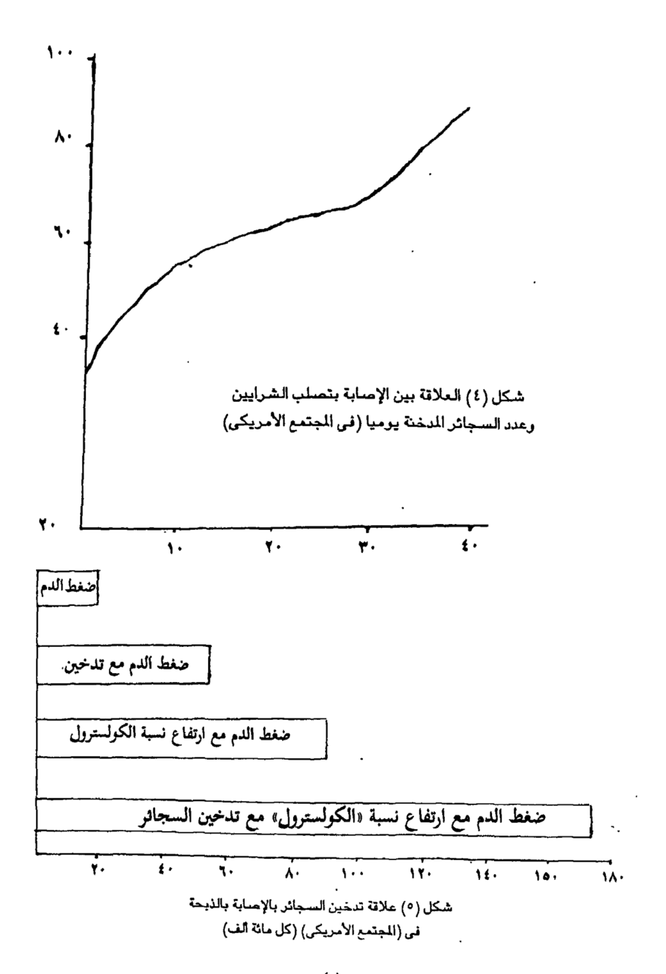
وتؤدي زيادة عدد السجائر التي يتم تدخينها يوميًا إلى تأكيد الإصابة بتلك الأمراض (انظر شكلي: ٤، ٥). وتشير البحوث إلى أن:

(أ) النيكوتين هو المادة الفعالة في التبغ التي تحدث الإدمان.

(ب) وأن العمليات الفارماكولوجية والسلوكية التي تحدث إدمان التبغ مشابهة للإدمان الناتج عن تعاطي المخدرات الأخرى (Lichtenstein & Glasgow, 1992).

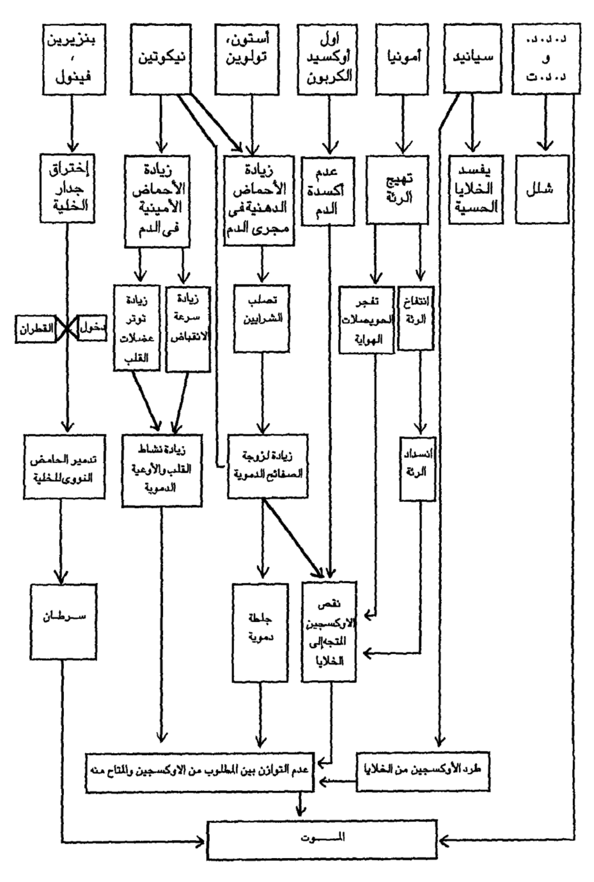
٢- أول أوكسيد الكربون:

غاز عديم اللون والرائحة، يعد المصدر الأول للإصابة بأمراض الدورة الدموية، الحادة منها والمزمنة؛ إذ يتحد مع هيموجلوبين الدم (المسئول عن نقل «الأكسجين» من الرئتين إلى خلايا الجسم) بمعدل سريع جدًا يفوق معدل اتحاد الهيموجلوبين «بالأكسجين» مائتي مرة مما يؤدي إلى عدم أكسدة الدم التي تسبب التثاؤب والصداع واضطراب الرؤية، وفقد القدرة على التركيز وأحيانًا الغيبوبة وزيادة معدل «الأيض» (التمثيل الغذائي) والإفراز اللعابي وكف عملية التبول، وكذلك يؤدي إلى تعب العضلات وسرعة نبض القلب، وارتفاع ضغط الدم وزيادة معدل التنفس ويهيج الغشاء المخاطي للرئة ويزيد من إفراز الشعب الهوائية (Lancker, 1977)، وينتج عن كل هذا إرهاق لجميع أجهزة الجسم مما يزيد احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة، فعلى سبيل المثال يؤدي ضغط الدم إلى الإصابة بتصلب الشرايين والذبحة الصدرية وأمراض القلب الأخرى، ويوضح شكل (٦) كيف يؤدي تفاعل أول أوكسيد الكربون مع النيكوتين إلى الإصابة بهذه الأمراض التي تعد أعظم أسباب الموت في المملكة المتحدة والولايات المتحدة؛ إذ أدت إلى وفاة مليون أمريكي، ٣٠٠ ألف بريطاني عام ١٩٨٠ (هارستاي وهتسون، ١٩٨٨: ٩٧، ٩٩، ١٢٢).



شكل (٤) العلاقة بين الإصابة بتصلب الشرايين
وعدد السجائر المدخنة يوميا (فى المجتمع الأمريكى)

شكل (٥) علاقة تدخين السجائر بالإصابة بالذبحة
فى (المجتمع الأمريكى) (كل مائة ألف)



شكل (٦) آليات خطورة التدخين

٣- القطران:

تتمثل خطورته في أنه مسبب للسرطان، وتساعده في ذلك عدة عناصر كيميائية أخرى تحتوي عليها السيجارة، ومنها البنزيرين Benzo (a) Pyrene (أحد مركبات النيتروجين التي تمتص عن طريق الشهيق أو الجلد، وتسبب الغيبوبة كما تعمل على زيادة لزوجة الدم وعدم سيولته) الذي يهاجم خلايا الجسم بمساعدة مركبات الفينول (Phenols)، فتمهد الطريق للقطران الذي يدخل الخلية، فيلتصق مباشرة بجزئيات حامض (الـ. د.ن.أ DNA) ويحدث تعديلات فيه تؤدي إلى تدمير المورثات (الجينيات) مما يحدث تغييراً في شفرتها يترتب عليه إنتاج بروتينات لا فائدة منها، فتفقد الخلايا قدرتها على تنظيم نفسها، وحينئذ يبدأ السرطان (المرجع نفسه Dreisback, 1980: 97-99' Jarvik, 1979) . وتزداد خطورة الإصابة به إذا بدأ الفرد تدخين السجائر مبكراً أو كان من المدخنين بكثافة أو من الذين يدخنون السيجارة بسرعة (أي في وقت قصير)، فكل هذا من أهم عوامل الإصابة بالسرطان خصوصاً سرطان الرئة والفم والشفاة والحنجرة (المرجع السابق) ، والسرطان أكثر أمراض القرن العشرين خطورة؛ لأنه القاتل الأول للشباب البالغين من العمر فيما بين خمسة وعشرين وأربعة وأربعين عاماً، وأنه القاتل الثاني- بعد الحوادث- لمن هم دون الخامسة وعشرين عاماً، وأنه ما من جزء من الجسم محصن ضده، فقد يصيب المخ أو الرئة أو الجلد أو الدم أو العظام أو. . .إلخ، كما أن مساره مطوط ويتميز بأعراض جسدية أليمة وآثار نفسية- على المريض وأسرته- مروعة.

ويعد سرطان الرئة من أكثر أمراض السرطان خطورة؛ إذ إن معدل الشفاء منه منخفض جداً، فلا يتمكن من العيش خمسة أعوام بعد الإصابة به إلا (٧٪) فقط من المصابين، وهو نتيجة مباشرة لتدخين السجائر خصوصاً

بالنسبة لمن بدأوا تدخينها في عمر مبكر أو يدخنونها بكثافة، فقد تبين من إحدى التجارب أن تعريض الكلاب لدخان السجائر قد أدى إلى إصابتها بسرطان الرئة (هارسناي وهتسون، ١٩٨٨ : ١٢٢Lencker, 1977).

٤- السيانيد:

وتحتوي كل سيجارة على (٢٤٠) ميكرجرامًا (الميكروجرام: ١/ ١٠٠٠ من الجرام) من السيانيد وهو غاز سام يقوم بطرد «الأوكسجين» من الخلية كما يحدث عطبًا بالخلايا العصبية في القشرة المخية وخصوصًا في مراكز اللمس والألم والبصر مما يفقد الفرد قدرته على الإحساس باللمس والإحساس بالألم ويضعف قدرته على الرؤية (Dreisback, 1980: 119). ويؤدي تعرض الفرد لكمية كبيرة منه بالحقن أو بالتنفس إلى موته خلال ربع ساعة فقط (المرجع نفسه: ٢٤٧).

٥- أمونيا (Ammonia)**:**

غاز مهيج للرئتين، فتزيد من إفرازاتها، مما يصيب المرء بسعال جاف مصحوب ببلغم دموي، ويؤدي تهيج الرئتين إلى إفراز الجسم لإنزيم وظيفته إخراج الغاز أو المواد المهيجة (مثل القطران وغيرها من عناصر السيجارة) الأخرى من الجسم، إلا أن هذا الإنزيم يكسر جدران الحويصلات الهوائية للرئة فيفقدها القدرة على نقل «الأوكسجين» مما يسبب الاختناق إذا كان الفرد يبدأ التدخين، وأعراض انتفاخ الرئة والالتهاب الشعبي المزمن والتي تؤدي إلى انسداد الرئة المزمن إذا استمر الفرد في التدخين، كما يؤدي غاز الأمونيا إلى تضخم الغدد الدرقية الذي يسبب أمراضًا كثيرة (هارسناي وهتسون، ١٩٨٨ : ٩٧؛ Dreisback, 1980: 119).

٦- فينول:

التعرض لكميات صغيرة منه ينبه الجهاز العصبي فيحدث زيادة في الحموضة Alkabsis يتبعها زيادة المواد القلوية Acialosis ناتجة عن طبيعة الفينول الحمضية وضعف قدرته على تمثيل الكربوهيدرات، كما يحدث تغيرات مرضية في الكبد والكلية (Dreisback, 1980: 363)، ويحدث التعرض الحاد له أمراضًا عديدة أهمها زيادة ضغط الدم والغيبوبة وعطب الجهاز العصبي المركزي.

هذا وتحتوي السيجارة على عناصر كيميائية أخرى منها ما يحدث عطبًا بخلايا الجهاز العصبي المركزي (مثل: الأسيتون- التولوين - د.د.ت) مما يؤدي إلى اضطراب أعضاء الحس والحركة، ويصل الأمر أحيانًا إلى الشلل، ومنها ما هو مسرطن، وينتقل عبر الدم، ويتركز في كل أجزاء الجسم، وخصوصًا تجاويف الفم والجهاز التنفسي والبول مما يسبب كل أمراض السرطان (الرئة - الفم- الشفاة- البلعوم - الحنجرة - المثانة - البروستاتا) ومنها ما هو سام كأول أوكسيد الكربون والسيانيد، ومنها ما هو مهيج للشعب الهوائية فيسبب التهاب الشعب وانتفاخ الرئة، ومنها ما يرتبط بقرح البلعوم والمريء والاثني عشر والمعدة وتليف الكبد. . .إلخ، بالإضافة إلى أن تدخين السجائر يؤدي إلى تقلص البلعوم مما يحدث الشخير نتيجة تقصير مدى التنفس الذي يصبح مجهدًا (هارسناي وهتسون، ١٩٨٨: ٩٩ .(Dreisback, 1980: 137-138; Jarvik, 1979 Cox, et al., 1988: 382

وكل هذا يجعل تدخين السجائر المساهم الأول في إحداث المرض والعجز والموت في كل دول العالم؛ ويقدم شكل (٦) عرضًا لآليات ذلك.

وعلى الرغم من الوعي بهذه المخاطر والتي بدأت الإشارة إليها مع بدء انتشار تدخين التبغ في العالم حيث تنبه إليها «الملك جيمس» I. James عام

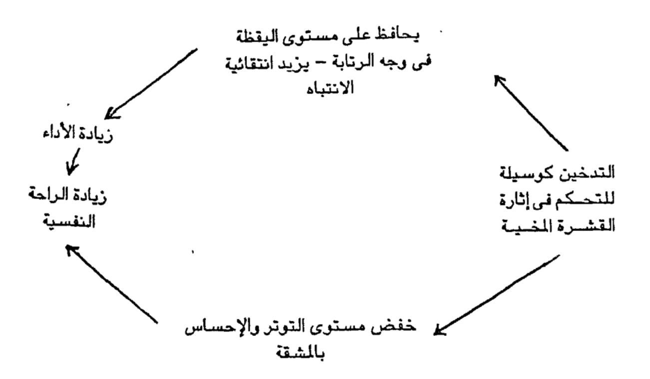
١٦٠٤ في لندن و«بياللي» S. Paulli عام ١٦٦٥ في «كوبنهاجن» وتيدرو T. Theodor عام ١٦٧٠ في «امستردام» (Lancker, 1977) وترجم هذا الوعي إلى قرارات بحظر التدخين كما فعل البابا أوربان السابع سنة ١٨٤٢ (عادل الدمرداش، ١٩٨٢ : ٢٥١). إلا أن تدخين السجائر تزايد بشكل مخيف، حتى في العقود الأخيرة التي لا يخلو يوم فيها دون أن تطالعنا الأنباء باكتشاف علاقة تدخين السجائر بمرض جديد، وحتى في ظل وجود عبارة «التدخين ضار جدًا بالصحة» على كل علبة سجائر تتناولها اليد، مما يثير التساؤل: لماذا يدخن الفرد رغم إدراكه مخاطر التدخين، على الأقل من خلال مطالعته لتلك العبارة، فليس من المنطق أن يصف مصنع السلعة التي يصنعها بأنها ضارة دون أن تكون كذلك، وإجابة هذا التساؤل يوضحها الفصل الثالث.

ثانيًا: آثار التدخين على النفس:

تعزى الآثار المباشرة لتدخين السجائر إلى «النيكوتين» الذي يعد أهم عناصر السيجارة الكيميائية؛ لأنه يصل إلى كل خلايا الجسم عبر دوران الدم؛ إذ تمتص الرئتان ما بين ٥,٢-٥,٣ مجم نيكوتين من كل سيجارة تم تدخينها، وينقله الدم إلى المخ بسرعة فائقة (في مدة تقل عن سبع ثوان) حتى إن معدل تركيزه في المخ يتفوق على معدل تركيزه في الدم (Best, et al., 1989; Jravik, 1979, Lancker, 1977). ولذا يعد مادة مؤثرة في الحالة النفسية مثله مثل الكوكايين والهيروين وغيرهما، بل ويتفوق عليهما لسهولة الحصول عليه وسرعة ذلك، مما يجعل تعاطيه بكميات كبيرة ممكنًا، وبالتالي يحدث درجة أعلى من الاعتماد أو الإدمان (Henning Field& Keeman, 1993).

وللنيكوتين أثر فاروماكولوجي مزدوج، فالجرعة الصغيرة منه مهيجة تسمح بمواجهة المواقف الرتيبة المملة، وتساعد على التركيز وتحمل مواقف

المشقة Stress. أما الجرعة الكبيرة منه فهي مخمدة Deperessed تحدث فتورًا في العضلات، خصوصًا إذا كان الفرد قلقًا بطبعه أو مضطربًا (Russeil, 1977)، لذا يعتقد بعض الباحثين أن تدخين السجائر وسيلة نفسية يستعين بها الفرد كي يصل بأدائه إلى المستوى الأمثل من خلال التحكم في مستوى إثارة القشرة المخية، الذي يحدد الاستجابات السلوكية والانفعالية لأي منبه بيئي، مشيرين بذلك إلى نتاج البحوث التي تناولت دوافع الأفراد لتدخينهم السجائر، فالبعض يشعره التدخين بالمتعة والاسترخاء، والبعض الآخر يساعده التدخين على خفض مشاعر الحزن والتوتر والمشقة، ويوضح شكل (٧) ذلك.



شكل (٧) التدخين كوسيلة نفسية (نقلا عن: ٢٥)

وتبين التجارب أن حقن القطط النائمة بكميات صغيرة من «النيكوتين» (١ , ٠مجم/ كجم وزن) أيقظها لمدة ثلاث دقائق ظهرت خلالها زيادة في كل من السلوك ورسم المخ الكهربائي، ثم عادت بعدها القطط لنوم استغرق عشرين دقيقة كان أكثر عمقًا من نوم ما قبل الحقن بالنيكوتين، ولوحظ أن هذه الإثارة مماثلة للإثارة الناتجة عن تعريض القطط لدخان السجائر من خلال رئتيها أو أنفها، وقد قلل حقنها بجرعات كبيرة من نشاط المخ، مما يعني أن الجرعة الصغيرة من «النيكوتين» منبهة، وأن الجرعة الكبيرة منه مخمدة، وتوصل الباحثون لنتائج مشابهة عند إجراء تجاربهم على الكلاب والأرانب والفئران والدجاج والقردة.

أما التجارب التي أجريت على الإنسان فتوضح أن لتدخين السجائر أثرًا مزدوجًا على زمن الفعل قصير الأمد، فقد يزيده، وقد ينقصه، اعتمادًا على خصال شخصية المبحوثين، ودرجة تعقيد المهمة المؤداة وظروف هذا الأداء (الميسرة له أو المعوقة).

وبالنسبة لتعلم مقاطع صماء (لا معنى لها حتى نتحاشى أثر التعلم السابق) لوحظ أن تدخين سيجارة واحدة أحدث نقصًا شديدًا في عدد الاستجابات الصحيحة، لكن عدة تجارب أجريت لدراسة تأثير السجائر على تعلم قوائم من الكلمات المتزاوجة، توضح أن للتدخين تأثيرًا مباشرًا ضئيلاً على سرعة تعلم الكلمات المتزاوجة معًا، لكن هذا الأثر يتلاشى بعد مرور حوالي نصف ساعة على التدخين (Ashton & Stepneg, 1982)، مما يعني أن التأثير الإيجابي المباشر لتدخين السجائر تأثير مؤقت جدًا، ولا يتعدى السيجارة الأولى أي عندما يكون مستوى «النيكوتين» في الدم منخفضًا للغاية (هند طه، ١٩٨٤ : ٥٥).

وقد أجريت ثلاثة بحوث مصرية للتحقق من تأثير التدخين طويل الأمد على كفاءة بعض الوظائف النفسية مثل الانتباه ودقة الإدراك والذاكرة قريبة

المدى وسرعة الأداء النفسي الحركي، حيث قارن البحث الأول (هند طه، ١٩٨٨ : ٦٩-٧٥) بين أداء مجموعتين من طلاب الصف الثالث الثانوي عام بإحدى مدارس محافظة الجيزة، إحداهما مكونة من ٢٦ مدخنًا، والثانية عبارة عن ٢٦ طالبًا ممن لم يدخنوا مطلقًا، وتمت المقارنة بين أدائيهما على اختبارات الانتباه والتذكر قريب المدى، حيث تبين تفوق مجموعة غير المدخنين في الأداء على تلك الاختبارات.

وقارن البحث الثاني (أحمد الرفاعي غنيم، ١٩٨٦) بين أداء ١٢١ مدخنًا و ١٢١ غير مدخن، جميعهم من طلاب كليتي التربية والآداب بجامعة الزقازيق على ١٢ اختبارًا للتذكر المباشر، وأسفرت المقارنة عن تفوق غير المدخنين على المدخنين، وعند المقارنة بين الذين يدخنون منذ مدة قصيرة، والذين يدخنون منذ مدة طويلة، أو بين الذين يدخنون بمعدل منخفض، والذين يدخنون بكثافة، تبين تفوق كل من المدخنين منذ مدة قصيرة، والذين يدخنون بمعدل منخفض على المدخنين منذ مدة طويلة والذين يدخنون بكثافة.

وقارن البحث الثالث (هند طه، ١٩٨٤: ٩١-١٠١، ٨٤) بين كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى مجموعتين من الأفراد:

المجموعة الأولى تتكون من ٧٥ مدخنًا، متوسط أعمارهم ٢٩,٦٥، ومتوسط المدة التي استمروا يدخنونها ١١,٢سنة، بمعدل تدخين يومي ٢٢,٨ سيجارة في المتوسط.

المجموعة الثانية عبارة عن ٧٥ غير مدخن، ولم يسبق لهم أن دخنوا السجائر، مكافئين للمجموعة الأولى من حيث العمر، النوع، مستوى التعليم، ومستوى المهنة، ومحل الإقامة والدخل الشهري. وأسفرت المقارنة بين أداء المجموعتين على اختبارات بعض الوظائف النفسية عن:

١- هناك ارتباط سلبي بين تدخين السجائر طويل الأمد، وكفاءة بعض الوظائف النفسية الأساسية مثل الانتباه ودقة الإدراك والذاكرة المباشرة وسرعة الأداء النفسي الحركي.

٢- يوجد هذا الارتباط بغض النظر عن سمات شخصية المدخنين (أي موقعهم على كل بعد من: الانبساط، العصابية، الذهانية).

٣- يوجد هذا الارتباط السلبي أيضًا بغض النظر عن عدد السجائر المدخنة يوميًا وعدد سنوات التدخين.

٤- يزداد هذا الارتباط السلبي وضوحًا مع ارتفاع مستوى التعليم، وكلما كانت المهمة المطلوب أداؤها صعبة ومعقدة.

وقد نلحظ تعارضًا بين النتيجة الثالثة لهذا البحث ونتائج بحث أحمد الرفاعي غنيم (١٩٨٦) (المشار إليه قبله) مرده إلى الإزمان في التدخين فعينة البحث الثاني يقل لديهم مدى الإزمان في التدخين بشكل واضح عن عينة البحث الثالث، كما تبين من متوسط عمر الأفراد في العينتين (٢١,٣ سنة في مقابل ٢٩,٦٥ سنة) مما يعني أن المقارنة التي تمت في البحث الثاني بين المدخنين لمدة قصيرة والمدخنين لمدة طويلة ليست إلا مقارنة بين مدخنين على سبيل التجربة، ومدخنين منتظمين في التدخين، في حين أن المقارنة في البحث الثالث كانت بين مدخنين استمروا في التدخين مدة لا تقل عن ثلاث سنوات، ومدخنين استمروا في التدخين مدة تصل إلى ٢٣ سنة، فهناك تفاوت واضح في مدة التدخين في البحثين يبرر الاعتماد على نتيجة البحث الثالث؛ إذ لا تظهر الآثار السلبية للتدخين- سواء كانت على الجسم أو على الوظائف النفسية- إلا بعد سنوات من الاستمرار في التدخين، وذلك للآثار المتراكمة للعناصر الكيميائية في السيجارة.

وهكذا توضح البحوث أن تدخين السجائر يلحق ضرراً بالغًا بالعمليات العقلية العليا الضرورية لحياة الفرد اليومية (مثل: الانتباه والإدراك والتذكر . . . إلخ) وهو ضرر يماثل الضرر الذي كشفت عنه البحوث (Soueif, et al., 1980; 40) كنتيجة للتعاطي المزمن للحشيش.

ولا تقتصر خطورة تدخين السجائر عند هذا الحد؛ إذ تكشف البحوث عن اقتران بينه وبين الأمراض النفسية والعقلية عمومًا والفصام على وجه الخصوص وهو أشد هذه الأمراض وأشملها اضطرابًا وأسوأها مآلاً، فعلى مدى عشر سنوات مضت، تم تتبع هذا الاقتران في ٤٢ دراسة أجريت في عشرين سياقًا ثقافيًا (قومية)، تبين - بأسلوب التحليل اللاحق للدراسات- أن ٣٢ دراسة (في ١٨ قومية) دعمت ارتباط التدخين بالفصام لدى الذكور مقابل ٢٥ دراسة (في ١٥ قومية) كشفت عنه بين الإناث. وكان التدخين الشره والاعتماد المرتفع على النيكوتين أكثر تكراراً بين المدخنين الفصاميين (والمصابين بأمراض عقلية أخرى) مقارنة بالجمهور العام مما يؤكد أن الشخصية الفصامية أحد العوامل التي تنبئ ببدء التدخين (Deleon, 2005). والمظهر الأكثر خطورة للتدخين يتمثل في كونه أحد أنماط الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب الذي يعد زملة Syndrom «بيولوجية» نفسية اجتماعية تكشف عن نفسها في نمط سلوكي يتمثل في التعاطي المنظم (بشكل مستمر أو دوري) لمادة ذات تأثير معين، ويحظى هذا النمط السلوكي بأولوية تفوق أولوية ضروب سلوكية أخرى ضرورية للحياة.

ولهذا الاعتماد عدة شروط هي:

- وعي ذاتي برغبة مندفعة للتعاطي.
- رغبة في الامتناع عن التعاطي.
- عادة منمطة نسبيًا.

- مؤشر لتكيف عصبي، أي التحمل Tolerence بمعنى زيادة الجرعة للحصول على نفس الأثر الذي تحدثه جرعة سابقة أقل، أعراض الانسحاب Withdrawal أي أن يحدث الامتناع عن التعاطي آثار «فسيولوجية» منفرة تجبر الفرد على العودة للتعاطي، يحظى البحث عن المادة المتعاطاة بأولوية تفوق الأولويات الحياتية الضرورية (WHO, 1980).

وتتوافر هذه الشروط في تدخين السجائر إذ توضح (Best, et al, 1985; Biglan & Lichtenstein, 1984; Jarvik, 1979; Russell, 1977) إنه عادة منمطة إلى حد ما، يصدرها الفرد مدفوعًا برغبة ملحة استجابة لأثر التحمل، وتحاشيًا لأعراض الانسحاب (مثل: الغثيان- الصداع- الأرق- سرعة الاستثارة العصبية والعدوانية- القلق- الخمول- اضطرابات الجهاز الهضمي) كما يكشف الغالبية العظمى من المدخنين عن رغبة شديدة للامتناع عن التدخين.

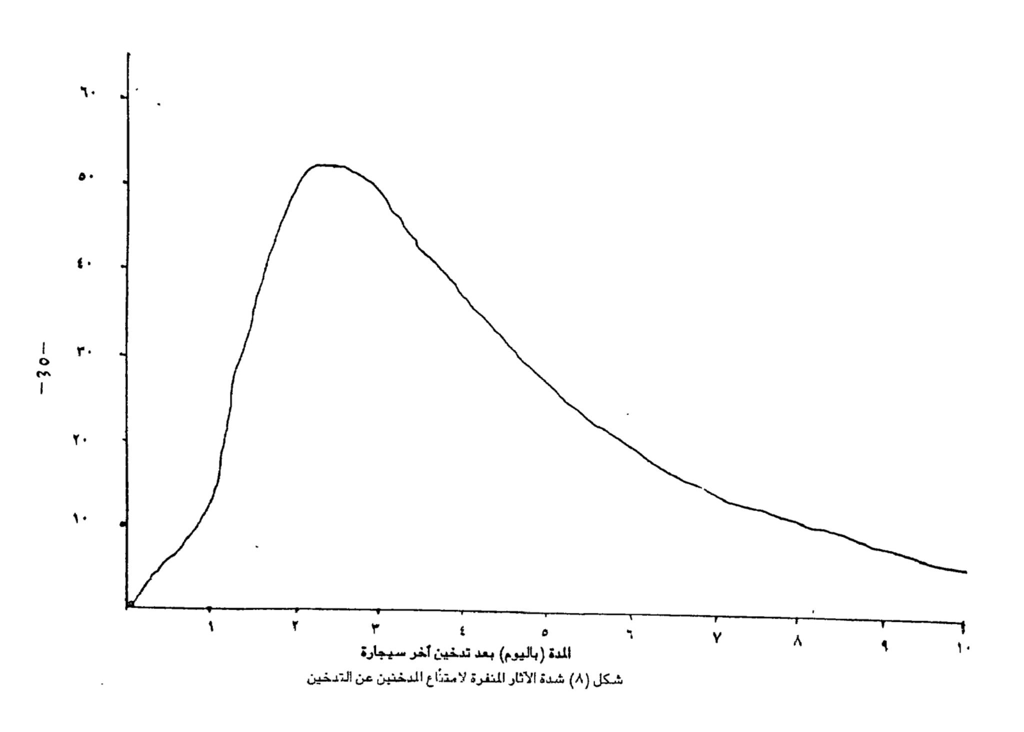
وقد أدرك بعض كتاب القرن السادس عشر ذلك، فتساءل «بارتولون» Bartolone عام ١٥٢٧ عند مشاهدة الهنود الحمر يدخنون «أي متعة يصلون إليها بمثل هذه العادة المثيرة للاشمئزاز التي لا يستطيعون الامتناع عنها» (Corti, 1932) ويؤكد الملك جيمس James ذلك عام ١٦٠٤ مشيرًا إلى التشابه بين تدخين التبغ وتعاطي الكحوليات؛ إذ يقول: «تؤدي هذه العادة إلي الإدمان، حتى يصبح كل أمل المدخن هو أن يتمكن من الامتناع عن التدخين بعد أن شعر بآثاره السيئة» (المرجع نفسه) حيث يعد هذا الامتناع من الصعوبة لدرجة أن تفشل محاولات تجريب الإقدام عليه، وذلك للآثار «الفسيولوجية» التي تظهر بعد مرور أقل من ست ساعات على تدخين آخر سيجارة، وهذه الآثار عبارة عن ارتفاع ضغط الدم وارتفاع معدل التنفس واضطراب النوم وانخفاض الوزن نتيجة اضطرابات عملية الأيض (التمثيل الغذائي) وتناقص الكمية المطلوبة من

السعرات الحرارية، وكل هذه الآثار تنتج عن انخفاض «الإدرينالين» وتصل هذه الآثار إلى قمة شدتها خلال الثلاثة أيام الأولى بعد تدخين آخر سيجارة، كما يتضح من شكل (٨)، وتختفي هذه الآثار بعد خمس دقائق فقط من تدخين أول سيجارة بعد فترة الامتناع هذه، أو أن يستمر هذا الامتناع لمدة أسبوعين متصلين (Dreisback, 1980: 47; Jarulk, 1974).

ولا يقف الأمر عند هذا الحد، فلا يكتفي تدخين السجائر بأن يحدث درجة من الاعتماد النفسي و«الفسيولوجي» على «النيكوتين»، وإنما يعد خطوة سابقة لتعاطي مواد ذات تأثير أشد في الجهاز العصبي؛ إذ يتم تعاطي تلك المواد على خطوات متدرجة تبدأ بتعاطي المواد المباحة قانونًا الأقل إثارة لرفض المجتمع، والأقل تأثيرًا في الأعصاب (مثل: نيكوتين السجائر) وينتهي بتعاطي المواد المحظورة قانونًا والمثيرة لرفض واعتراض دوائر المجتمع، لكنها الأكثر تأثيرًا في الأعصاب (مثل: مشتقات الأفيون). (Kandel, 1978).

يؤيد هذا البحوث التي أجريت على المتعاطين المزمنين لتلك المواد، حيث يدخن ١٠٠٪ منهم، بل وقد بدأوا التدخين في سن مبكرة (١٤,٥ سنة في المتوسط) بينما لم يدخن من غير المتعاطين المناظرين لهم إلا ١١٪ فقط، وكان متوسط أعمارهم عند بدء التدخين هو ١٨ سنة (Kandel, 1978) كما يدخن ٩١,٦٪ من متعاطي الحشيش المزمنين (ن= ٨٥٠ متعاطيًا) في مقابل ٣٢,٣٪ من المناظرين لهم من غير المتعاطين للحشيش (ن= ٨٣٠) (Soueif, et al, 1980: 40).

وقد أجريت دراسة (Soueif, et al, 1985) على عينة قوامها ٩٢١٦ طالبًا من طلاب المرحلة الثانوية بأنواعها (عام، فني، معلمين) بالقاهرة الكبرى، اتضح منها أن الطالب المدخن أكثر تعرضًا لمنبهات تتعلق بتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بالمقارنة بالطالب غير المدخن، فالمدخنون سمعوا عن هذه



شكل (٨) شدة الآثار المنفرة لامتناع المدخنين عن التدخين

المواد، ورأوها، ولهم أصدقاء وأقارب يتعاطونـها أكثر مما لدى غير المدخنين، ويفتـرض الباحثون لتـفسيـر ذلك أن المدخنين من المراهقين يفضلون البيـئات الاجتـماعـية التي تيسـر التدخين وتشـجع عليه؛ لذا يميلون للتـفاعل أكـثر، وبشكل مـتكرر مع المدخنين الآخرين الـذين يعرضـونهم لكل أنواع المنبهـات الاجتمـاعية المتعـلقة بالعقاقـير المؤثرة في الأعصاب وتتنوع هذه المنبـهات من أحاديث حول تلك المواد إلى تقديم نماذج سلوكية لتعاطيها.

وقد كشـفت الدراسة - أيضًا- عن أن الطلاب المدخنين أكـثر جرأة في محاولة تجريب تعاطي تلك المواد، وأكثر اسـتعدادًا لهذا التعاطي وتقبلاً له إذا أتيحت الفرصة، بل وأكـثر استعدادًا للاستمرار في هذا التـعاطي، كما يرتبط تدخين السجائر- وبقوة- بالاعتقاد في فوائد تعاطي تلك المواد سواء مخدرات طبيعـية أو مصنعة أو كحوليـات، وهذا الاعتقاد هو الذي ييسـر بدء التعاطي ويبرره.

وتؤكد بيـانات البحـوث المنضبطة منهـجيًـا هذا الاقتـران الجوهري بين تدخين السـجائر والتأهب لتـجريب المواد الإدمـانية بمخـتلف أنواعهـا إذا ما سنحت الفـرصة لذلك، فـبين الطلاب المدخنين الذين لـم يسبق لهم تعـاطي الحشيش أو الأفـيون أبدى ١٤٪ استعـدادهم لذلك مقابل ٢٪ فقط من غـير المدخـنين، كـــذلـك أبدى ٣١٪ من هؤلاء المدخنين اسـتـعـدادهم لشـرب الكحوليات مقابل ٦٪ من غير المدخنين (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٤٤)، أما الذين أقـروا بتعاطيـهم الحشيش والأفـيون من طلاب الجامـعة فإن نسـبة المدخـنين منـهم ٧٢٪ مـقـابل ١٥٪ ممن لم يتعـاطوا، وكانت نسبـتهم- أي المدخنين- بين شاربي الكحوليات ٤٢٪ مقابل ١٣٪، أما بين طلاب الثانوي فقد تجاوزت نسبة المدخنين بين مـتعاطي الحشيش أو الأفيون ٦٠٪ مقابل ٨٪ و٢٦٪ بين شاربي الكحـوليات مـقابل ٦٪ مما يؤكـد أنه مع تدخين السجـائر يرتفع احتمال تعاطي المخدرات (المرجع نفسه: ١٣٨- ١٣٩).

وهكذا يضر تدخين السجائر بعمليات الفرد العقلية العليا، ويحدث لديه درجة من الاعتماد النفسي «والفسيولوجي» على «النيكوتين» كما يهيئه لتعاطي مواد أشد تأثيرًا في جهازه العصبي، وأكثر إحداثًا للضرر الجسمي والنفسي.

ثالثًا: آثار التدخين على الآخرين:

يضيف الفرد بتدخينه السجائر غازات سامة (مثل: «السيانيد» وأول أوكسيد الكربون) إلي الهواء المحيط به وبغيره من غير المدخنين فيسلب حقهم(*) في هواء نقي ويعرضهم للإصابة - نتيجة استنشاقهم هواءً ملوثًا- بأمراض الجهازين الدوري والتنفسي المزمنة، وتزداد الخطورة إذا دخن الفرد في مكان مغلق والذي يجمعه عادة مع أحبائه من أهله وأصدقائه فيعرضهم بتدخينه هذا إلى الخطر الداهم الذي يأخذ صورًا متعددة منها:

١- الخطر الصحي الذي لا تخفى مظاهره على أحد؛ إذ للتدخين السلبي التأثير نفسه للتدخين المباشر، وإن كان بطيئًا؛ لأن نسبة ما يستنشقه المدخن السلبي من تدخين - يجاوره هي ٢٠-٢٥٪ مما استنشقه المدخن، فإذا دخن أحد الأفراد عشرين سيجارة بجوار آخر، فكأنما دخن هذا الآخر أربع أو خمس سجائر، وهناك تقديرات تشير إلى وفاة ثلاثة ملايين طفل جراء التدخين السلبي (نصف الدنيا، ع: ٨٢٨ في ٢٠٠٥/١٢/٢٥ ص ص ٣٥-٣٩).

٢- ومنها الخطر الاجتماعي المتمثل في استقطاع الرجل جزءًا من دخل أسرته ليخصصه لإنفاقه على السجائر أو بالأحرى على شراء الضرر لهم(**)

(*) العجيب أن تطالعنا أهرام ٤ / ١ / ١٩٩١ عن اجتماع عقده المدخنون من ٢٢ دولة في «هلنسكي» مطالبين بحقوقهم في التدخين.

(**) تشير التقديرات إلى أن تدخين السجائر يكلف المدخن حوالي ١٢٠٠ جنيه إسترليني في بريطانيا سنويًا، وأكثر من ١١٠٠ دولار أمريكي سنويًا بالولايات المتحدة، هذا في حالة تدخين ٢٠ سيجارة يوميًا فقط.

كما يعد تدخين الفرد، وخصوصًا إذا كان أبًا، مشكلة تربوية إذ يهيئ أطفاله لبدء التدخين من خلال جعل السجائر في متناول أيديهم، وتقديم النموذج السلوكي للتدخين فيقتدي به الأطفال ويقلدونه، ولذلك يعد تدخين الأب أهم محددات بدء المراهقين تدخين السجائر، ولا يقل تدخين الأم أهمية عن تدخين الأب خاصة، وأن ٧٠٪ من النساء المدخنات يفضلن التدخين بالبيت في مقابل ٤٨٪ من المدخنين، ربما لأنهن يمضين معظم الوقت بالمنزل، وهكذا تزداد خطورة التدخين السلبي للأبناء (Shifman, 1993)، وتزداد خطورة تدخين الأم إذا كانت حاملاً، ونسبة المدخنات الحوامل لا يُستهان بها؛ إذ تقدر بـ ١٢,٦٪ من مجموع الأمريكيات و٢٣,٧٪ من مجموع الكنديات (www. cdc. gov' Conner & Mcintyre, 1999) ونتيجة هذا تمد الأم جنينها بأكاسيد الكربون بدلاً من الأوكسجين مما يصل تركيزها في دمه وأحماضه الأمينية إلى ١٥٪ (وكذلك في لبن الأم المدخنة) وهذه العوامل تزيد من مخاطر الحمل ما بين وفاة الجنين وإصابة الأم بتسمم حمل واحتمال الولادة المبتسرة، كما تؤدي إلى ولادة طفل أقل وزنًا وأقل طولاً وأقل في معدلات نموه وارتقائه، ومن المحتمل أن يكون مشوه أو متأخرًا عقليًا.

رابعًا: آثار التدخين على الوطن:

يعد تدخين السجائر عبئًا ثقيلاً على الاقتصاد القومي؛ إذ يستقطع من ميزانية الدولة- أية دولة- أموالاً طائلة، تنفق في إنتاج السجائر أو كتكلفة للعناية الطبية بالأمراض المرتبطة بتدخين السجائر أو الدعاية لها، أو الحملات المضادة للتدخين، فعلى سبيل المثال تنفق «كندا» حوالي ٣,١ بليون دولار سنويًا في صناعة السجائر، كما تكلفها العناية الطبية بالأضرار الصحية المترتبة على التدخين أكثر من ١,٥ بليون دولار كل عام (Cox, et al, 1982: 383). وقد أنفقت الولايات المتحدة في عام ١٩٧٥ وحده ما يزيد عن ستمائة بليون

دولار في إنتاج السجائر، ١,٨ بليون دولار أخرى في الدعاية لها، كما تكلفها العناية الطبية بالأمراض المرتبطة بالتدخين أكثر من ٢٥,٥ بليون دولار، يضاف إليها ٣٩٥,٦ مليون دولار خسائر الحرائق التي تسبب في إشعالها التدخين، كما خسرت الولايات المتحدة ما قيمته ٨١ مليون يوم عمل نتيجة عجز العمال الذين أصيبوا بأمراض تسبب فيها تدخينهم السجائر، هذا في منتصف السبعينيات، أما في الثمانينيات، فقد زادت خسائر الولايات المتحدة(*) نتيجة تدخين السجائر عن المائتي بليون دولار كل عام (Le-vethnal, et al., 1989; Luce & Schweitzer, 1977).

وفي عام ١٩٦٥ تكلفت صناعة السجائر في مصر حوالي ٩١ مليون جنيه ارتفعت عام ١٩٧٦ إلى أكثر من ٢٤٤ مليون جنيه مصري، وبلغت عام ١٩٨٠م حوالي ٤٢٨ مليون جنيه(**) وقدرت عام ١٩٨٥ بأكثر من مليار جنيه مصري، كما تتكلف مصر في العناية الطبية بالأمراض المرتبطة بتدخين السجائر حوالي ١٣٣ مليون جنيه مصري، بالإضافة إلى ٥٢,٥ مليون جنيه نتيجة التغيب عن العمل بسبب تلك الأمراض، كما يسبب تدخين السجائر خسائر مادية جسيمة في المباني والمنشآت نتيجة كونه السبب الرئيسي في إشعال ٢٠٪ من الحرائق عمومًا، و٤٠٪ من الحرائق شديدة الاشتعال(***)

(*) بعد أن توالت الدعاوى القضائية التي ترفعها حكومات الولايات المتحدة الواحدة بعد الأخرى عامي ٩٦ / ١٩٩٧ لمطالبة شركات السجائر بتحمل نفقات الرعاية الطبية للأمراض المرتبطة بالتدخين فإن هذه الشركات عرضت المصالحة مع الحكومة وقبلت دفع تعويضات ضخمة لها وصلت إلى ٣٦٨ مليار دولار، مما دفع هذه الشركات إلى شراء حقوق إنتاج السجائر بدول العالم الثالث (Vogal, 2003).

(**) تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن صناعة منتجات التبغ. القاهرة: ديسمبر ١٩٨٠.

(***) من حديث للدكتور شريف عمر إلى جريدة الأهرام القاهرية في ١٨/٨/١٩٨٧ وتشير دراسة أجريت مؤخرًا للجهاز المركزي للمحاسبات إلى أن الأسرة المصرية تنفق ٥٪ من دخلها الشهري على السجائر، على حين أن ما ينفق على العلاج لا يتعدى ٢٪ من هذا الدخل مقابل ١,٢٪ من الدخل يتم إنفاقه على الترفيه. وتشير التقارير إلى أنه في الوقت الذي تحولت فيه ٥٠٪ من المساحة المزروعة تبغًا في أمريكا إلى زراعة محاصيل أخرى، فإن إيرادات الشركة الشرقية للدخان بمصر قد زادت خلال الأشهر الماضية هي من =

علمًا بأن مصر تعاني من مشكلة اقتصادية طاحنة تجعلها غير قادرة على تحمل آية نفقات لا طائل لها، فـما بالك بنفقات صناعة السجـائر التي يُضاف إليها الخسائر الجسيمة الناتجة عن تدخينها.

الخلاصة:

يعـد تدخين السجـائر أحد أنماط الاعـتمـاد على المواد المؤثرة في الأعـصاب وأكثرها شيوعًا في القرن العشرين، وذلك لأن السـجائر متاحة بدرجة كبيرة، وتكلفتها الاقتصادية ضئـيلة بالمقارنة بالمواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب، كما أنها مقبولة في كل المواقف الاجتماعـية، ويرتبط تدخينها بهاديات (علامات) بيئية عديدة تيسره (Russel, 1997) .

وتؤكـد البحـوث وجـود علاقـة قـوية بين تدخين السجائر وأمـراض يصعب- أو على الأقل يطول - عـلاجها، وتتصـدر قائمة الأمراض المسـببة للوفاة، كـما تكشف البـحوث عن ارتبـاط سلبي بين تدخين السجـائر طويل الأمد وكفاءة بعض الوظائف النفسية الضـرورية للحياة كالانتباه ودقة الإدراك والذاكرة وسرعة الأداء النفسي الحـركي؛ إذ يتفوق غير المدخنين على المدخنين في الأداء على اختبارات تلك الوظائف النفسية.

كمـا تبين أن تدخين السجـائر يستقطع من مـيزانية الـدولة أموالاً طائلة تنفق إما في إنتاج السجائر، أو كتكلفة للعناية بالأضرار التي يسببها التدخين.

***

= عام ١٩٩٧م بنسبة ٨,٩٪ الأمر الذي يشير إلى تزايد استهلاك المصريين للسجائر، وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن مبيعات التبغ سوف ترتفع في الدول النامية خلال الأعوام القادمة (مجلة النفس المطمئنة، يوليو ١٩٩٧، ٥١ : ٣٠).



الفصل الثاني
بدء التدخين

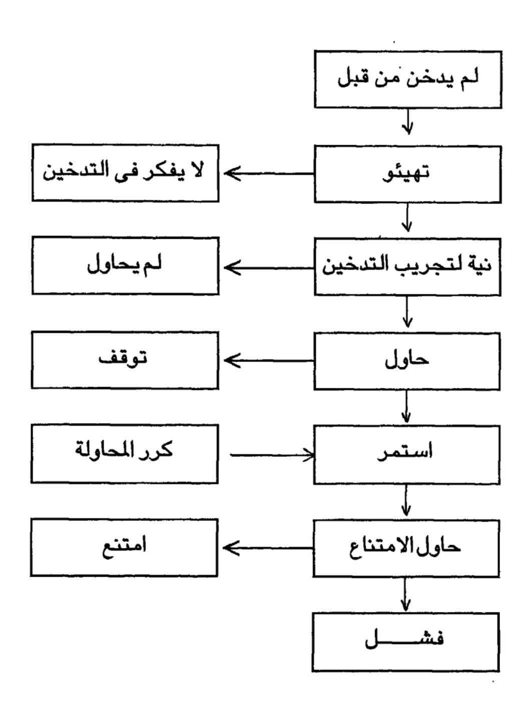
الفصل الثاني

بدء التدخين

التدخين يكتسب على مراحل:

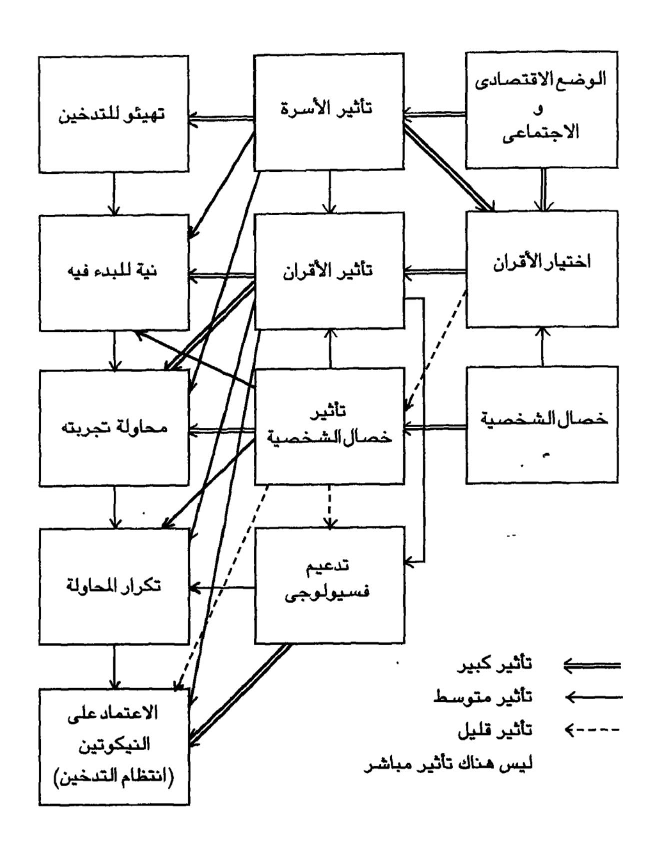
يعد تدخين السجائر سلوكًا شديد التعقيد، تسبقه معارف ومعتقدات معينة تبرر إصداره، ويتم اكتسابه في ظل سياق اجتماعي لا يرفضه؛ إذ إن مترتباته السلبية احتمالية ومؤجلة، في حين أن هادياته الداخلية (النفسية) والخارجية (البيئية)- أي المتغيرات التي تسبق إصداره وترتبط به- مقبولة اجتماعيًا كما يتم ترسيخه عبر تاريخ ارتقائي طويل، فالفرد لا يدخن بين ليلة وضحاها، وإنما يمر بمراحل عدة، تقف وراء كل مرحلة منها عدة متغيرات نفسية واجتماعية (منها المعتقدات والاتجاهات على وجه الخصوص) وبيولوجية وبيئية تختلف من فرد لآخر، بل ومن موقف لآخر بالنسبة للفرد الواحد، فتهيئ بعض هذه المتغيرات الفرد غير المدخن (الفتى أو المراهق غالبًا) لأن يحاول تدخين سيجارة أولى، ويسهم بعضها الآخر في تكرار هذه المحاولة ويشجع ذلك، كما أن فئة ثالثة من المتغيرات تدفع الفرد للاستمرار في محاولة تدخين السجائر، وبعد أن يتمكن التدخين من الفرد، تظهر رغبته في الامتناع عن التدخين، وتعمل عدة متغيرات على تأجيج هذه الرغبة إلى أن يترجمها الفرد المدخن إلى محاولة فعلية للامتناع عن التدخين، وتسهم مجموعة من المتغيرات - الاجتماعية غالبًا - في فشل هذه المحاولة والعودة مرة أخرى للتدخين بعد امتناع عنه لفترة قصيرة في معظم الحالات.

ويوضح شكل (٩) هذه المراحل، كما يوضح شكل (١٠) بعض المتغيرات التي تؤثر فيها.



شكل (٩)

المراحل التى يمر بها الفرد غير المدخن حتى يصبح مدخناً بانتظام



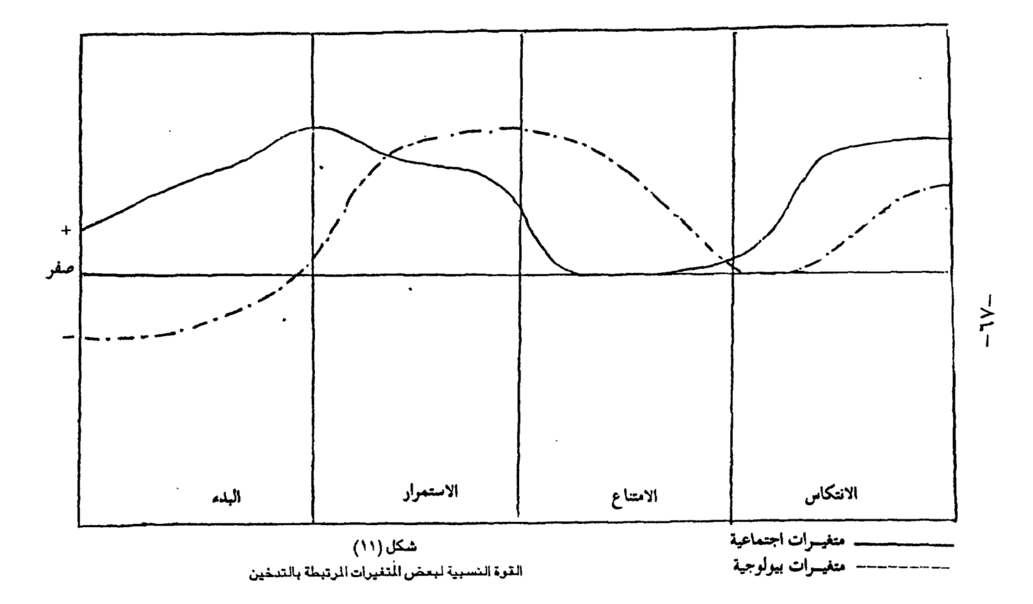
شكل (١٠)

الوزن النسبى لتأثير بعض المتغيرات فى تكوين عادة التدخين

وعلى الرغم من اختلاف متغيرات كل مرحلة من فرد لآخر، بل من موقف لآخر، فإن البحوث(*) الكثيرة والمتنوعة التي تناولتها تتفق على وجود ملامح أساسية لكل مرحلة، وترتبط كل منها بعدد من المتغيرات البيئية والاجتماعية والنفسية والبيولوجية التي تساعدنا على التنبؤ بمرحلة ما من هذه المراحل قبل بزوغها (وهو ما يوضحه شكل ١١)، وهو ما يجعلنا نتحدث عن كل منها بقدر معقول من الثبات.

لذا سوف نتناول في هذين الفصلين (الحالي والتالي له) الآليات Mech-anims التي تجعل الشخص غير المدخن منتظمًا في التدخين، انطلاقًا من أن نجاح محاولاتنا لمكافحة الانتشار المتزايد لتدخين السجائر متوقف على الوصف الدقيق لهذه المراحل؛ لأنه يساعدنا على تحديد مضمون المعلومات الواجب تقديمها عند محاولة وقف عادة تدخين السجائر، وكذلك تحديد الطرق الملائمة لهذا التقديم، وأنسب الأوقات له، حيث تختلف هذه المعلومات، وتختلف- أيضًا - طرق تقديمها باختلاف تلك المراحل، وهو ما يتضح لنا في الفصلين الرابع والخامس من هذا الكتاب.

(*) عرض باحثون عدة هذه المراحل وما يرتبط بكل منها من متغيرات بيئية واجتماعية ونفسية وبيولوجية، من هؤلاء: Biglan & Lichtenstein, 1984; Hirschman, et al, 1984; Leventhal & Cleary, 1980.



شكل (١١)

القوة النسبية لبعض المتغيرات المرتبطة بالتدخين

العوامل المشجعة على بدء التدخين

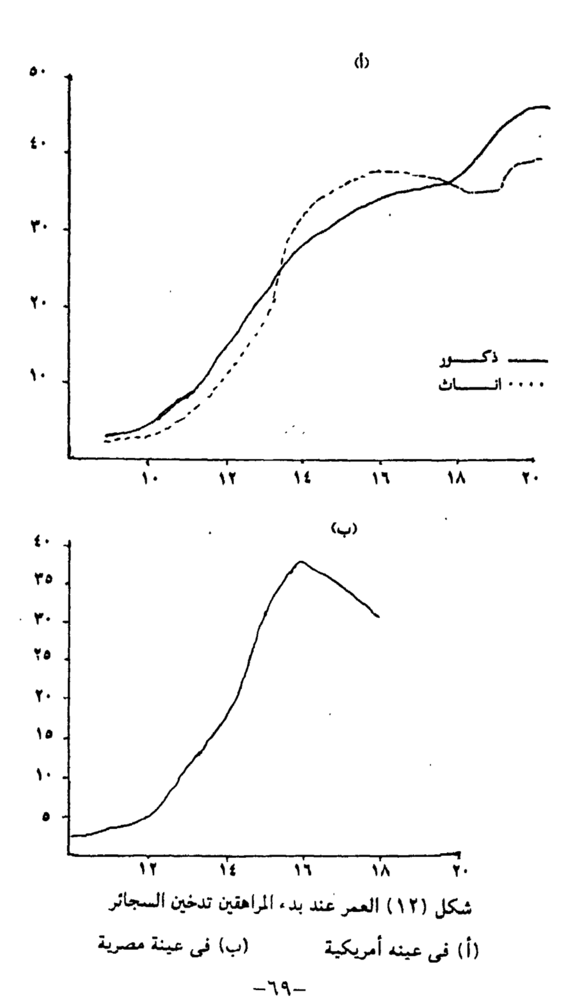
تتفق البـحوث (مصطفى سـويف وآخرون، ١٩٨٧ ;Flay, et al, 1983) على أن العـمر ما بـين ١٦، ١٨ سنة هو السن المحتـملة أن يبدأ فـيهـا الفرد تدخين السجائر، كما يتضح من شكل (١٢).

وللسن التي يبدأ فـيها الفـرد تدخين السجائر دورها الحـاسم في تحديد مدى استـمراره في التدخين؛ إذ إنه كلما بكر المراهق في محـاولاته لتجريب تدخين السجائر زاد احتمال الاستمرار فـيه، بل وزاد احتمال أن ينتقل اعتماده على «نيكوتين» السجائر إلى الاعتماد على مواد أشد تأثيرًا في الجهاز العصبي المركزي، فالبحوث (عـبد السلام الشيخ ١٩٨٨ ;Soueif, et al, 1980) التـي أجريت على متـعاطين لتلك المواد تظهر بوضوح أن هؤلاء المتـعاطين قد بدأوا تدخين السجائر قبل بلوغهم الرابعة عـشرة من العمر، مما يبين خطورة التبكير في بدء التدخين.

وتكشف البحوث عن عدة عوامل ذات تأثير حاسم في بدء التدخين؛ إذ تعمل كل منها- سواء بمفردها أو بالتفاعل معًا- على تهيئة الفرد.وإعداده لهذا البدء، ويستغرق هذا التهيؤ أو الإعداد فترة زمنية طويلة، تبدأ مع بداية إدراك الطفل لما يفعله والده وأقرانه، وما تقدمـه وسائل الإعلام، وتنتهي هذه الفترة بمحاولة المراهق تجريب تدخـين سيجارة أولى. ومن أهم عوامل تهـيئة المراهق بدء التدخين.

الاتجاه المحبذ للتدخين:

تؤكد البـحوث (عـبد المنعم شحـاته، ١٩٨٨: ١٣٠-١٣١؛ هند طه، ١٩٨٨ ;Mermelstein, et al, 1986) أن الاتجـاه المحبـذ للتدخين مـحدد مـهم



شكل (١٢) العمر عند بدء المراهقين تدخين السجائر

(أ) فى عينه أمريكية (ب) فى عينة مصرية

ودافع قوي لبـدء سلوك (عادة) تدخين السجائر؛ إذ ترتفع درجـة هذا الاتجاه في ظل وجود محـاولات للتدخين الفعلي، بحيث يمكن الاعـتماد على تلك الدرجة كمؤشر للتمييـز بين المدخنين وغير المدخنين، بل وللتمييز بين كل من الذين يبدأون مبـكرًا والذين يبدأون متأخرًا، والذين لا يـبدأون إطلاقًا، ليس فقط تدخين السجائر، وإنما - أيضًا - تعـاطي مواد ذات تأثير أشد في الجهاز العصبي المركزي.

ولمفـهـوم الاتجـاه Attitude قيمتـه الكبيرة في ميدان البحـوث النفسية والاجتـماعيـة كوسيلة للتـنبؤ بالسلوك، ولفهم - أيضًـا - الظواهر النفسـية الاجتمـاعية المختلفة، لذلك تعـددت تعريفاته حتى إنهـا تحصى بالمئات، ولـم يعد بإمـكان الباحثين حـصرها، مكتـفين بتصنيـفهـا إلى فئـات، وآخر هذه التصنيفات هو تصنيف «ماكجواير» McGuire (١٩٨٥) الذي يقسم تعريفات الاتجاه إلى فئتين:

١- تعريفات عاملة Working وهي تعريفات تضع موضوع الاتجاه (مثل تدخين السجائر) على أبعاد الحكم التي هي محاور للمعنى، بعضها على صلة بالجهاز العـصبي المركزي، وبعضـها الآخر مكتسب نتـيجة التعـرض لخبرات الإشبـاع والإحباط، ويمكن تعمـيم بعض هذه الأبعاد من موضـوع لآخر من خلال الإسقاط أو التـوقع (أي تحديد درجة الاحتمال) أو الـتقويم (أي تحديد درجة الرغـبة فيه) أو الـتعقيـد (أي التركيب) أو الدوام، كـما أن بعض هذه الأبعاد يخص مـوضوع اتجـاهي بعينه بحـيث لا يمكن تعميـمه من مـوضوع لآخر.

٢- تعـريفات تصـورية Conceptyal وتتضـمن تصور الاتجاه كعـملية وسيطيـة لعدد من الموضوعـات، بمعنى أنه مكون فرضي Hypothetical Con-struct لا يمكن ملاحظته مباشرة، وإنما يستدل عليه من إصدار الفرد لاستجابة

الموافقة (أو الرفض).التي تستحث - بدورها - الفرد لانتقاء استجابات معرفية وتقويمية وأفعال ذات معنى أو قصد (هدف) كي يصدرها وتعد هذه الاستجابة موجهة وذينامية وذات دلالة اجتماعية تمييزية.

ومعظم تعريفات الاتجاهات تتعامل معه كنسق دينامي له مكونات ثلاثة:

١- المعرفة أي معتقدات Beleifs الفرد عن موضوع ما، وأحكامه المستندة إلى وقائع أو شبه وقائع عنه، وتقاس بجمل تقريرية يحدد الفرد مدى صحتها.

٢- التقويم الوجداني Evaluaton أي مشاعر التفضيل والتقبل نحو موضوع الاتجاه أو الاستهجان والرفض، ويشمل المكون الوجداني للاتجاه رغبات الفرد ودوافعه التي تعد أساس التقويم الانفعالي لموضوع الاتجاه، ويعطي هذا المكون درجة من الاستمرارية للاتجاه وحث الفرد لإصدار سلوك معين، ويقاس هذا المكون بمؤشرات فسيولوجية (مثل معدل نبض القلب) أو بتقرير ذاتي يكشف فيه الفرد عن مشاعره.

٣- السلوك، سواء كان أفعالاً Actons أو نيات (مقاصد) Intntions وتكشف البحوث(*) عن ارتباط مرتفع متبادل بين هذه المكونات يدل على وجود اتساق بينها، وهذا الاتساق متوقع؛ لأنها تعبر عن خبرة فرد واحد يسعى- في العادة- للمحافظة على هذا الاتساق.

ولأن خلطًا قد ينشأ نتيجة استخدام مصطلح واحد «الاتجاه» للإشارة إلى ثلاث فئات من الاستجابات تنفصل كل منها عن الأخرى، فإن بعض الباحثين مثل: (Fazio & Zanna, 1981; Fishbein & Ajzen, 1975) يشيرون بمصطلح الاتجاه إلى «التقويم الوجداني» فقط، باعتبار أن مصطلح «المعتقد»

(*) أكد باحثون محدثون هذا الاتساق، وعلى رأسهم Berkler, 1984; Deaux & Wrighcsman, 1988: 336p, Fishbein & Ajzen, 1975: 335 - 336 .

يشير للمكون المعرفي للاتجاه، والمعتقدات هي أية معلومات تم تلقيها من خلال الملاحظة المباشرة أو من مصادر خارجية أو بواسطة عمليات الاستدلال وهي بهذا المعنى تعد أحكامًا باحتمال تمتع الشيء (سواء كان كائنًا حيًا أو جمادًا محسوسًا أو معنويًا) بخصائص معينة، ولأنها احتمالية فهي تختلف في درجة التأكيد، وإذا اعتبرنا الاتجاه جملاً تقويمية يصدرها الفرد، فإن المعتقدات جمل تقريرية تصف الشيء بأنه حقيقي أو زائف، جيد أو رديء(*).

والعلاقة بين المعتقد والاتجاه واضحة، فغالبًا ما يتضمن الاتجاه معتقدات تمثل مكونه المعرفي، بينما لا يكون المعتقد اتجاهًا إلا إذا ارتبطت به دلالات

(*) يختلط مصطلح ثالث بمصطلحي: الاتجاه - المعتقد، وهو «الرأي» ونشير به إلى تفسير الفرد لظاهرة ما، توقعاته لمقاصد الآخرين، أو أحداث المستقبل أو مكافأة (أو عقاب) سلوك أصدره.

وكل من الرأي والاتجاه تكوين فرضي يميز بينهما تمتع الاتجاه بخصائص دافعية تعطيه توجهًا سلوكيًا (إقدام/ إحجام) يخلو منها الرأي.

والرأي توقع لا يتم التعبير عنه إلا لفظيًا في حين يمكن التعبير اللفظي وغير اللفظي- وبشكل غير مدرك أحيانًا- عن الاتجاه.

ويرى بعض الباحثين أن الرأي هو التعبير اللفظي الصريح عن الاتجاه، ويعد- من وجهة نظر «إيزنك» العاملية- أكثر بساطة وخصوصية من الاتجاه الذي يعتبره مجموعة من الآراء المترابطة المتسمة بقدر من الاستقرار.

وقد نلحظ تشابهًا بين علاقة الرأي بالاتجاه وفقًا لتصور «إيزنك»، وعلاقة المعتقد بالاتجاه وفقًا لتصور «فيشباين» و«أجزن»، فكل منهما يتعامل مع الرأي أو المعتقد كخطوة تسبق الاتجاه.

ويمكننا تصور العلاقة بين المصطلحات الثلاثة على أساس أن المعتقد حكم يصدره الفرد عن شيء ما والرأي هو التعبير اللفظي فقط عن هذا الحكم، والاتجاه هو تعبير لفظي أو غير لفظي أو بهما معًا عن هذا الحكم مصحوب بسلوك (أو نية سلوك) نحو أو ضد ذاك الشيء. فقد يكون المراهق - استنادًا إلى معلوماته عن تدخين السجائر حكمًا أن التدخين يضر بصحة المدخن، هنا يتكون لديه اعتقاد بأن التدخين ضار صحيًا، فإذا عبر عن اعتقاده (حكمه) هذا تعبيرًا لفظيًا فقط «أرى أن التدخين ضار بالصحة» أي رأى «فإذا أبدى ضيقًا من صديق- أو أحد جالسيه - يدخن لأنه يدخن، فهذا «اتجاه» فإذا رفض صحبة مدخنين أو رفض عرض صديقه لمشاركته التدخين، فهذا سلوك حدده الاتجاه الذي تبناه.

انظر: Eysenck, 1954: Fishbein & Ajzan, 1975: 336.

انفعالية وتقويمية ودافعية معينة، وإذا ما استحثوا معًا (أي المعتقد وهذه الدلالات) الفرد لإصدار استجابة معينة نحو أو ضد موضوع الاتجاه.

ولا يستطيع أحد أن ينكر التأثير المتبادل بين مكونات الاتجاه، فمعتقداتنا (أي ما نعرفه من معلومات) عن موضوع ما، تتأثر بانفعالاتنا ومشاعرنا نحوه، وبنياتنا للتصرف ونحن بإزائه، كما أن هذه المعتقدات تدعم- أو على الأقل تتسق مع - انفعالاتنا نحو ذاك الموضوع ونتيجة لهذا الاتساق نتحمس لإصدار سلوك بعينه ونحن بإزائه، بمعنى آخر، فإن الذي يكره (وجدان) موضوعًا كتدخين السجائر، يكون معتقدات (معرفة) سلبية عنه تجعله يميل لرفض (نية) التدخين إذا ما دعي إليه.

بهذا التصور يمكن تعريف مفهوم الاتجاه بشكل يضمنه المكونات الثلاثة: المعرفة - الوجدان - نية السلوك «فالاتجاه درجة من التفضيل- أو الاستهجان- لموضوع ما، تكونت بفضل عوامل سابقة، منها تراكم معتقدات ومعارف وما ترتب عليها (أو ارتبط بها) من مكافأة وعقاب، وتحث هذه الدرجة الفرد على إصدار سلوك معين نحو أو ضد موضوع الاتجاه».

ويترجم هذا التعريف العملية التي يتكون من خلالها اتجاه ما، فيعتبر استجابة تسبقه - مثله مثل أية استجابة نفسية- متغيرات معينة تؤدي إليه An-tecedents كمتغيرات موقف التخاطب وخصال المتبني له وقيمه وتلحقه مترتبات معينة ناتجة عنه (كنية أداء فعل بعينه) بمعنى آخر، يعد الاتجاه حكمًا يصدره الفرد على موضوع ما (بتقبله أو رفضه)، ولهذا الحكم حيثياته التي هي معلومات عن هذا الموضوع حصل عليها الفرد من خلال تنمية أفكار وتصورات وأخيلة عن خصائص Attributes ذاك الموضوع، وعن مترتبات (أي معتقدات) هذه الأفكار والتصورات ويكون بعضها الآخر مستمدًا من الذاكرة طويلة المدى، ولمتغيرات الشخصية الأخرى دورها المعدل في تلقي الفرد لتلك المعلومات وفي الاستجابة لها أي تكوين معتقدات استنادًا إليها.

وترتبط كل من الأفكار والتصورات وما ترتب عليها من معتقدات بكل من:

١- توقعات يكونها الفرد من خلال عمليات معرفية مثل التعليم بالملاحظة Observational والاستدلال والعزو السببي Casual attribution .

٢- استجابات تقويمية ينميها الفرد - متأثرًا بقيمه العامة - من خلال عمليات التعلم الشرطي الكلاسيكي والتعلم الشرطي الأدائي Operent والتعلم المعرفي(*) .

ويؤدي تكامل التوقعات مع الاستجابات التقويمية إلى نمو استجابات انفعالية (أي اتجاه) بواسطة عمليات الاتساق المعرفي والتبرير، ترتبط - من خلال عمليات التعلم- بموضوع الاتجاه، وبالأفكار والتصورات التي سبق تكوينها عنه (Bagozzl; 1988) .

وهكذا يقوم الفرد بمعالجة معلومات (تلقاها عبر وسائل التخاطب أو غيرها) عن موضوع ما بهدف تقويمها، مما يؤدي إلى تبني اتجاه جديد نحو ذاك الموضوع وهذا الاتجاه يوجه - وبالتفاعل مع متغيرات اجتماعية وموقفية أخرى- ضروب سلوكه إزاء ذاك الموضوع، أما بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر أي من خلال نية (قصد) أداء هذا السلوك والتي تعد محددًا كافيًا لأدائه، وبمعنى آخر، فإن اتجاه الفرد نحو موضوع ما، إن لم يحدد سلوكه إزاء هذا الموضوع، فهو على الأقل يحدد نيته، لأداء ذاك السلوك وهذه النية- بدورها- محدد مباشر لذاك السلوك، وعلى سبيل المثال، تكشف البحوث (Fishbein, 1982) أن تدخين السجائر سلوك إرادي، تسبقه نية المراهق لبدئه؛

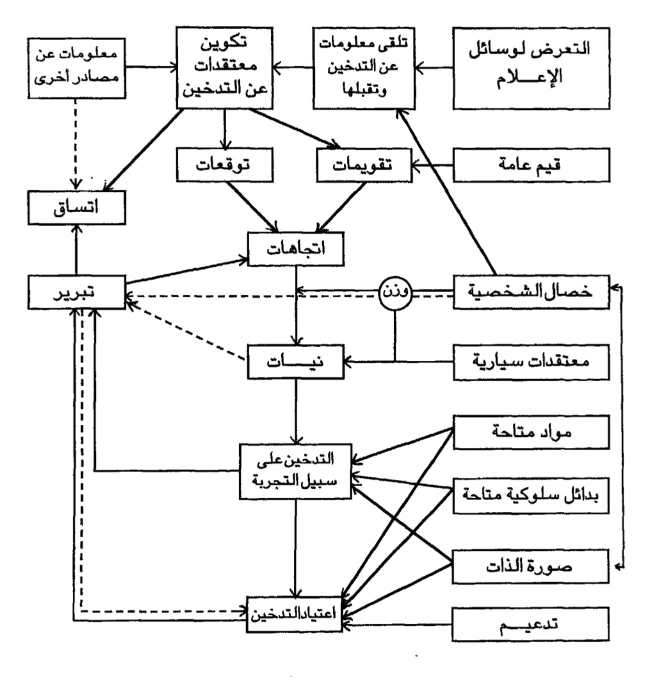
(*) قدم جورج عازدا وريموند كورسيني (ترجمة علي حسين حجاج) وصفًا لهذه النظريات وغيرها في كتابهما: نظريات التعلم (دراسة مقارنة) والذي نشرته سلسلة عالم المعرفة في جزءين الأول منهما نشر في أكتوبر ١٩٨٣م والثاني في ديسمبر ١٩٨٦م .

إذ إن ارتباطًا إيجابيًا مرتفعًـا جدًا (بلغ ٠,٨٤) وجد بين تدخين السجائر ونية البدء فيه، وهذه النيـة - بدورها- نتيجة مباشرة للاتجـاه المحبذ للتدخين الذي تحدده مـجمـوعة من المعـتقـدات والمعارف والتـقويمات الانفـعاليـة لمترتـبات التدخين، ولنظرة الآخرين إليه، وتؤدي هذه المعتقدات والتقويمات، وبالتفاعل مع خصال الشخصية والمعاييـر الأخلاقية إلى تكوين- بواسطة عمليات التعلم الشرطي- استـجابات إقدام / إحجام تدفع الفـرد لبدء التدخين (توضح هذه العملية شكل ١٣).

وتتكون هذه المجـموعة من المعـتقـدات والتقويمات الانـفعاليـة نتيـجة التعرض لخـبرة تدخين السجائر، وهذا التـعرض الذي يتم بشكل غير مـباشر (أي مشاهدة آخرين يدخنون) من خلال عدة أقنية تتكامل فـيما بينها في تهيئة المراهق لمحـاولة تجـريب تدخين سـيـجارة أولى، فـثـانيـة، إلخ، وأهم هذه القنوات:

. أولاً: وسائل الإعلام:

تربط أجهـزة الإعلام، وخـصوصًا السـينما، تدخين السـجائر بالمتـعة والإثارة والقوة والنضج وحب المغـامرة، وتقرنه الإعلانات المصورة بسـباقات مشـوقة كسـابقات السـيارات والدراجات والخـيول وتسلق الجـبال. . . إلخ، ويسهم العرض المتكرر والمبهر لهذه العلاقة، وبشكل مباشر، في تكوين ضغط اجتـماعي يبرز التـدخين كعلامة للنضـج والاستقلال من خـلال رسم صورة إيجابية للمدخـن، يتم فيها تضخيم الصفـات المرغوبة بشكل يصل إلى درجة الاقتـداء به ويرسخ الاتجاهات المحبـذة للتدخين في ذهن المراهقين، ويهيـئهم لتجريب تدخين السجائر.



شكل (١٣)

عملية تكوين إتجاه يحبذ التدخين

ولا يقتصر تأثير وسائل الإعلام عند هذا الحد؛ بل تعد عامل حث على التدخين، ومنبئ جيد ليس فحسب بنية التدخين، وإنما أيضًا بعدد السجائر المحتمل أن يدخنها الفرد. ففي دراسة أجريت بمشاركة ٤٢١ مراهقًا في ١٥ مدرسة ثانوية بلجيكية؛ تمت المقارنة في عدد السجائر المدخنة بين الذين شاهدوا منهم التليفزيون مدة أطول (خمس ساعات أو أكثر يوميًا)، والذين شاهدوا مدة أقصر (ساعة أو أقل يوميًا)، فتبين أن الذين شاهدوا أطول دخنوا أكثر (ما بين ٦٠ و ١٤٧ سيجارة أسبوعيًا) عمن شاهدوا أقل مما يعني اقترانًا خطيًا طرديًا بين مشاهدة التليفزيون وحجم التدخين. وبغض النظر عن مصدر هذا الاقتران، إما أن المحتوى الذي يبثه التليفزيون يجعل التدخين أكثر جاذبية مما هو فعلاً (Glamorize)، أو أن الأطفال تعلموا ربط المشاهدة بالتدخين أو أن التدخين الشره يؤدي إلى المشاهدة المكثفة (Gustchoven & Van de Bulck, 2004). فإن وسائل الإعلام تقوم بدور خطير في تعريض المراهقين لخبرة تدخين السجائر، بل ولخبرة تعاطي المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب كالمخدرات الطبيعية والمصنعة، وتصل خطورة هذا الدور في معظم الحالات إلى التفوق على الدور الذي يقوم به الأصدقاء (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧ : ٣٧).

ثانيًا: تدخين الأب:

يقلد الطفل والده في معظم الأحيان، وينظر إليه على أنه مثال يحتذى وقدوة جديرة بالاقتداء، من هنا تأتي خطورة تدخين الأب(*)، وجوانب هذه الخطورة متعددة، فقد يؤثر تدخين الأب، تأثيرًا مباشرًا من خلال كونه تدعيمًا إيجابيًا واجتماعيًا للمدخنين عمومًا، فيرسخ الأب المدخن في ذهن أطفاله صورة إيجابية عن المدخنين، كما يقدم أمامهم نموذجًا أدائيًا لكيفية التدخين،

(*) من الباحثين الذين تناولوا تأثير تدخين الأب في بدء أطفاله التدخين : Biglan & Lichtenstein, 1984; Eiser & Cander Pligh, 1984; Hirschman, et al, 1984; Kandel, et al, 1978.

فيسـهل عليهم تقليده، خصوصًـا أنه بتدخينه هذا يجعل السـجائر في متناول أيديهم، فهي مـتوفـرة دائمًا في المنزل، ومتـاحة لهم، هذا بالإضـافة إلى أن تدخين الأب يؤثر في درجـة تكيف أبنائه حسـيًا مع الخـصائص الكيـميـائية للسيجارة بحيث لا تؤذيهم كثيراً محاولاتهم تجريب التدخين الميسر لهم.

كما يؤثر تدخين الأب تأثيراً غير مـباشر؛ إذ يسهم في تكوين اتجاهاتهم المحبذة للتدخين التي تحثـهم على محاولة تجريبه، كما يجعل اخـتيار أصدقاء من المدخنين مـقبـولاً، ويشـجعـهم هؤلاء الأصدقـاء على مـحاولة تجـريب التدخين، كما يجـعل أطفاله يتوقعون تأنيبًا أقل منه إذا اكتـشفت محاولاتهم هذه، وهذا التـوقع عامل مـهم لبدء التـدخين، إذ يكشف التحليل العـاملي لاستجـابات ٥٢٠٠ تلميذ (أمريكي) علـى استخبار تناول الظـروف والمشاعر المصاحبـة لبدء التدخين، تبين منه أن الاتجاهات والمشاعـر نحو السلطة الأبوية عـامل مهم لبـدء التدخين؛ إذ يظهـر المدخنون تحـرراً من سلطة آبائهم وإنهم قادرون على فعل ما يشـاءون، بعكس غير المدخنين (Green, 1977)، يدعـم ذلك ما كشفت عنه عدة دراسات أجريت خلال الـعقد الأخير للقرن العشرين (واستـعرضـها: حاسم الجـزار، ٢٠٠٤ : ٧٣-٧٧) إذ تبين أن تدخين الأب محدد مهم لتدخين المراهقين، وأن المراهقين المدخنين أقل ميلاً لإدراك والديهم كمعترضين بقوة على تدخينهم، فالرفض الأبوي للتدخين يرتبط سلبيًا وبشكل جوهري بتدخين المراهقين.

ثالثًا: تدخين الأقران:

تبين لنا أن وسائل الإعـلام ترسخ الاتجاهات المحبـذة للتدخين في ذهن الأطفال وإن تدخين الأب يدعم هذه الاتجاهات، مقـدمًا نموذجًا يقتدى به في ذلك، وكل هذا يهيئ الطفل لمحاولة تجريـب تدخين السجائر، فإذا بلغ الطفل سن المراهقة، انتـقل مصدر التأثيـر الاجتماعي (تقليـد واقتداء) من الأب إلى

الأقران، مع أن للآباء تأثيرًا غـير مباشر في ذلك؛ إذ إنه يؤثر في اختيار ابنه لأقـرانه، فكون الأب مدخنًا يـجعل من المحتمـل أن يختـار ولده أصدقـاء مدخنين، وقـد أشار ٨٧٪ من المراهقين الأمريكيـين الذين بدأوا التدخين أن واحدًا على الأقل من أخلص أصدقائهم يدخنون، فغالبًا ما يصطحب المدخن مدخنين، وغالبًا - أيضًا - ما يصاحب غير المدخن غير المدخنين، وقد يرجع هذا إلى سعي المراهق الراغب في التدخين إلى تعلم المزيد عن سلوك التدخين وإلى تدعيم هذا السلوك، لذا يفضلون البـيئات الاجتماعيـة التي تيسر ذلك، فالمراهق بصحـبته أقران يدخنون، تتكرر إثابته إذا فعل مـثلهم، ويتكرر عقابه (توبيخـه ونقده) إذا لم يفعل أو إذا فشلت مـحاولته لتقليـدهم، لذلك تؤكد البـحـوث (Biglan & Lichtenstein, 1984; Biglan, et al., 1984; Leader, 1977) أن اصطحاب المـراهق لأقران مدخنين أفـضل وسيلة للتنبـؤ بكون هذا الفرد سـيصبح مـدخنًا أم لا حيث تؤكد دراسـة مصرية أن تدخين الأصـدقاء محـدد رئيسي لتدخين المراهقين (عـبد المنعم شحـاته، ١٩٨٩م) وتدعم نتائج عدة دراسات ذلك، ففي دراسة بمشاركـة ٩٩٧ مراهقًا نيوزلنديًا - على سبيل المثال- تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٨ سنـة جاء تدخين الأصدقاء ثم المعارف على رأس محددات بدء التدخين (Stanton ; et al, 1996).

ويؤثر الأقران في بدء تدخين الفرد عبر ثلاثة مسارات:

١- مباشر بأن يكون أحد الأفراد نموذجًا للآخر يمده بالدعم الاجتماعي وبالسجائر ويعلمه كيف يستشعر المتعة عند تدخينها.

٢- غير مـباشر بالتأثير في قـيم الفرد واتجاهاته وتفضـيلاته والتي تحدد بدورها سلوكه.

٣- تشريـطي بأن تصبح صـحبـة صديق مدخـن مؤشرًا للإقـدام على التدخين وعلامة له (Kandel, et al, 1978).

وهكذا يكون تأثير الأقران هنا تأثيرًا مباشرًا؛ لأنه من النادر أن يجرب المراهق تدخين سيجارته الأولى في وجود راشدين، وإنما في وجود أقرانه كما ذكر ٨٤٪ من المراهقين الأمريكيين، كما ذكر ٧٠٪ منهم أنهم حصلوا على سيجارتهم الأولى هذه من أحد هؤلاء الأقران الذين هم على صلة حميمة بهم.

وهكذا يقدم الأب ووسائل الإعلام نموذجًا للمدخن يقتدي به المراهق، وييسر الأقران محاولات تجريب تدخين السيجارة الأولى التي تعد خطوة مهمة وحاسمة في بدء التدخين؛ إذ تكشف البحوث الأمريكية (Flay, et al, 1983; Leventhal, et al., 1985) أن ٨٠-٩٠٪ من المراهقين يجربون تدخين سيجارة أولى، يحاول نصفهم تدخين سيجارة ثانية في مدة تتراوح ما بين يوم وعام، وتأتي هذه المحاولة الثانية خلال نفس أسبوع المحاولة الأولى لدى ٤٣٪ منهم، بل وفي نفس اليوم لدى أغلبهم و ٧٧٪ ممن يحاولون مرة ثانية يحاولون مرة ثالثة، وأكثر من ٨٠٪ ممن يحاولون مرة ثالثة يحاولون مرة رابعة، يصبح ٩٠٪ منهم على الأقل منتظمين في التدخين أي يستمر تدخينهم وبشكل قهري في معظم الأحيان.

وتبين البحوث المصرية(*) أن بعض المواقف الاجتماعية تيسر تدخين السيجارة الأولى، فالمناسبات السعيدة (مثل الأفراح والنجاح في الدراسة) تأتي في مقدمة الظروف المشجعة على تدخين أول سيجارة في رأي ٩٨٪ من المراهقين المصريين، ثم السهر مع الأصدقاء إما في مقهى أو في منزل أحدهم بمعزل عن الأهل في رأي ٩٣,٣٪ من هؤلاء المراهقين، فالاقتداء بشخصيات

(*) وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة أجراها عبد السلام الشيخ (١٩٨٨) على عينة من المتعاطين المصريين للمواد المؤثرة في الأعصاب والتي تبين أن الأفراح تمثل شروطًا ذات قدرة مرتفعة على تيسير تعاطي تلك المواد، يليها جلسات الأصدقاء في مقهى أو أماكن للهو المماثلة. (انظر: عبد السلام الشيخ، ١٩٨٨، عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٩).

عامة مـشهورة في رأي ١, ٧٢٪ منهم، يلي ذلك، الظهور بمظهـر الرجال في رأي ٢٦, ٣٣٪ وأخيرًا التباهي أمام الفتيات في رأي ٩, ٢٧٪ من المراهقين.

وتدخين السـيجارة الأولى خـبرة شـديدة الألم، فعندما يشـعل المراهق سيـجارته ويأخذ نفـثًا بفـمه يمر خلال البلعـوم والحنجرة والقـصبة الهـوائية والشـعب الهوائيـة إلى الرئتين ثم يعـود من نفس الطريق خـارجًا من أنفـه، فيـحيط الدخان بوجـهه ورأسـه حيث تمتص النيكوتين وبسـرعة أغشـية تلك الأعضاء، ويستقر القطران بين الأسنان وفي أغشية الأنف المخاطية، ويتم تنبيه خلايا الشم والتذوق ومستقبـلات الألم في كل من الحنجرة والبلعوم والقصبة الهوائية والشعب الهوائية، ويتحد النيكوتين تدريجيًا مع أنسجة الرئتين محدثًا شللاً في أهدابها، وكـذلك أول أكسيد الكربون، ويحـدثان زيادة في الإفراز المخاطي داخل تجويفها مما يحدث سعـالاً شديدًا، فتدمع العيون، وتزيد الغدد العـرقية من إفـرازها (Dreisback, 1980). كل هذا تأثيـر مؤلم لكن تدعـيم الأقران وتبريرهم للموقف «هذا يحـدث في البداية فقط، ستتعود عليـه فيما بعد» «التدخين لا يضر إلا كبـار السن فقط» «ويمكن الامتناع عن التدخين أي وقت تشاء» لا تبلع الدخـان. . . إلخ، أو تبرير الفرد نفسه للـموقف، يجعل هذه الآثار مـقبـولة ويهـون من شدتهـا مما يسـهم في تكرار المحاولة مـرات ومرات.

والتبرير عملية أساسية لبدء التدخين، فكل المراهقين يعرفون أن التدخين ضار بالصحة، وأن متـرتباته سيئة، لكنهم يزعمون أنه له مـزايا عدة فيعانون من حالة تنافر مـعرفي بين عناصر نسقهم المعـرفي، يعملون على خفض هذا التنافر بواسطة التبرير الذي يعد أحد العـوامل المهمة التي كشف عنها التحليل العـاملي لاستـجابـات ٥٢٠٠ تلميـذ أمريكي عـلى ٨٣ بندًا تتناول الظروف والمشاعر المصاحبة لبدء التدخين (Green, 1977).

وتؤثر خصال شخصية المراهق في مدى تبريره للموقف، نتيجة تأثيرها في تقديره لمدى التنافر بين عناصر نسقه المعرفي، كما تؤثر استجابته للمؤثرات الاجتماعية السابق الإشارة إليها سواء كانت هذه المؤثرات من الآباء أو الأقران أو وسائل الإعلام.

وقد أجريت في دول العالم المتقدم (وخصوصًا الولايات المتحدة) مئات البحوث(*) التي تتناول خصال شخصية المراهقين المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين، وقد وجدت جميعها ارتباطًا سلبيًا مرتفعًا بين بدء التدخين والأداء الدراسي (المرتبط إيجابيًا بالذكاء) وتقدير الذات أو الصورة التي يكونها الفرد عن ذاته، كما وجدت ارتباطًا إيجابيًا مرتفعًا بينه وبين القلق والعصابية والانبساط، يدعم ذلك نتائج عدة بحوث (استعرضها: حاسم الجزار، ٢٠٠٤: ٩٤-٩٩) حيث درجات المدخنين أعلى على مقاييس العصابية والذهانية والانبساط والتوتر والتحرر من التقاليد والتمرد والبحث عن الخبرة الحسية والاعتمادية، وذلك بالمقارنة بغير المدخنين، وأن درجات المدخنين أقل من غير المدخنين على مقاييس السعادة ومستوى الطموح والثقة بالنفس والتدين وتوكيد الذات.

ولأن هذه البحوث تكتفي بالتمييز - فقط - بين أداء كل من المدخنين وغير المدخنين على استخبارات الشخصية، ولأن البيانات التي تقدمها تكون ذات طبيعة استرجاعية غالبًا، فقد تم تتبع مجموعتين من المراهقين لمدة عامين تم اختيارهما من بين ٢١٢ طالبًا بإحدى المدارس الثانوية، وتمثل المجموعة الأولى ٤٠ طالبًا من منخفضي القدرة على التحصيل الدراسي الأكثر إحساسًا بالدونية (تقديرًا أقل للذات) والأكثر تحبيذًا- من حيث الموقف الاتجاهي-

(*) انظر · البحوث التي عرضها Flay. 1985، وقد أجريت بحوث مماثلة على عينات مصرية، وتوصلت إلى نفس النتائج من هذه البحوث (زكريا توفيق أحمد، ١٩٨٨، هند طه، ١٩٨٤).

للتدخين، أما المجموعة الثانية، فتتكون من ٣٧ طالبًا مماثلاً لهم لكنهم من مرتفعي القدرة على التحصيل الدراسي والأقل إحساسًا بالدونية (تقدير أعلى للذات) والأقل تحبيذًا للتدخين.

وبالمقارنة بين المجموعتين على مدى سنتين تبين أن مبحوثي المجموعة الأولى أكثر تعرضًا لخبرة التدخين بالمقارنة بمبحوثي المجموعة الثانية، سواء كانت هذه الخبرة ناتجة عن اصطحاب مدخنين (٤٥,٥٪ في مقابل ١٠,٨٪) أو ناتجة عن محاولة تجريب التدخين، فـ ٦٧,٥٪ من مبحوثي المجموعة الأولى حاولوا تدخين سيجارة أولى، حاول ٧٧,٨٪ منهم تدخين سيجارة ثانية، وحاول ٥١,٨٥٪ منهم سيجارة ثالثة، وانتظم ٣٣,٣٪ منهم في التدخين، بينما كانت النسب المقابلة بين مبحوثين في المجموعة الثانية هي : ٢٩,٧٣٪، ٤٥,٥٪، ٢٧,٣٪، ١٨,٢٪ على التوالي (عبد المنعم شحاته، ١٩٨٩).

ويصعب تفسير علاقة خصال الشخصية ببدء التدخين، كما يصعب الحديث عن أيهما يسبق الآخر، فهل خصال معينة يتسم بها المراهق تحدد كونه سيصبح مدخنًا أم غير مدخن؟ أم هل بدء المراهق التدخين يزيد من درجاته على مقاييس تلك الخصال؟ إنها أشبه بحالة البيضة والدجاجة.

نقطة أخرى جديرة بالاهتمام، وهي أن بدء التدخين يكون في العادة أثناء مرحلة المراهقة ومصاحبًا لفترة البلوغ حيث تغييرات أساسية في إفرازات الغدد الصماء(*) ، وهذا التزامن يثير العديد من التساؤلات، خصوصًا في

(*) تثبت بحوث أيزنك أن عوامل حيوية هي المحددة لبعد الانبساط- الانطواء، وبالتالي يمكن أن يكون لها دور في التدخين، كما تشير بحوث أخرى إلى أن تدخين سيجارتين يزيد مستوى البلازما في هرموني النمو والـ ACTH، كذلك هناك آثار عديدة للتدخين على ضغط الدم ومعدل النبض، وعديد من العمليات الحيوية، وكل هذا يدعم وجود علاقة بين عوامل حيوية معينة وبدء التدخين إلا أن هذه العلاقة لم تتضح بعد (Jarvik, 1977).

ضوء التفسير الذي قدمه «إيزنك» لتدخين كل من الانبساطيين والانطوائيين السجائر، إذ يعتبر التدخين وسيلة الفرد لتنظيم مستوى الإثارة في القشرة المخية والمحافظة على مستواها الأمثل، أي أن التدخين نتيجة للحالة الانفعالية (التي ترتبط بشدة بمستوى الإثارة اللحائية) التي يعايشها الفرد، والانبساطي- في رأي إيزنك- يتميز بانخفاض هذا المستوى عن الحد الأمثل، لذا يلجأ إلى التدخين كي يرفع مستوى الإثارة لديه إلى حدها الأمثل الذي يتيح له مواصلة نشاطه (Eysenck, 1973).

وهكذا ربط «إيزنك» تدخين السجائر بخصائص فسيولوجية للجهاز العصبي المركزي يعتبرها محدداً لدرجة انبساطية الفرد أو انطوائيته وللهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء دورها في تحديد تلك الخصائص مما يثير التساؤل حول التزامن بين بدء التدخين وبلوغ فترة المراهقة والنضج الجسمي بعد ذلك، وهو تساؤل جدير بالدراسة والفحص.

الخلاصة

لمصادر التأثير الاجتماعي دورها الأساسي في تهيئة الفرد وإعداده لبدء التدخين؛ إذ يقتدي المراهق بوالده المدخن أو بنماذج المدخنين التي تقدمها وسائل الإعلام، الذين يرسخون في ذهنه الاتجاهات المحبذة للتدخين، وتؤدي هذه الاتجاهات إلى نية تجريب التدخين، وييسر الأصدقاء محاولة هذا التجريب كما يسهمون في تكرارها، خصوصًا وإن تدخين السيجارة الأولى يتم في صحبة من الأصدقاء، وفي ظل سياق اجتماعي لا يحظر التدخين بل يحبذه؛ إذ من الشائع- في المجتمع المصري - أن تقدم السجائر إلى المدعوين للاحتفال بالمناسبات السعيدة، كما يعد تدخين هذه السجائر مجاملة لأصحاب المناسبة.

وهكذا تشجع الظروف الاجتماعية على تجريب تدخين السجائر، ويؤدي تكرار محاولاته إلى الاعـتماد النفسي والفسـيولوجي على مركبات السـيجارة الكيمائيـة، وعلى الرغم من قلة البيانات المتـاحة لنا عن المدة التي يستغـرقها المراهق حتى تتـحول محـاولاته لتجريب التـدخين إلى تدخين منتظم، إلا أن اصطحاب مدخنين ووجود مدخنين بين أفراد الأسرة (أحد الوالدين أو كليهما أو واحد - أو أكثر- من الإخوة الكبار) وإحساس المراهق بعجز والده (لكونه مدخنًا أو لغيـابه) عن كبح رغباته وانخفاض أدائه الدراسي وانخـفاض تقديره لذاته وتبريره للآثار الفسيولوجية المبـاشرة المترتبة على محاولاته المبكرة تدخين السجـائر كل هذه عوامل تتضـافر فيـما بينهـا وتزيد من سرعة التـحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين بانتظام.



الفصل الثالث

استمرار التدخين

الفصل الثالث

استمرار التدخين

يتساءل الذين عرفوا عناصر السيجارة الكيمائية، وما يترتب على دخولها الجسم من آثار مزمنة تطول كل أجزائه دون استثناء، يتساءلون: لماذا يبتعد فريق من الذين جربوا التدخين، يبتعد كلية عن الدخان، ويقتصر فريق ثان على تكرار المحاولة، ولكن في فترات متباعدة أو يدخن بحسب الظروف، بينما ينتظم فريق ثالث(*) في التدخين بل ويصبح امتناعه أمرًا بعيد المنال؟ وقد حاول علماء النفس- وغيرهم - الإجابة، ويمكن استخلاص أربع إجابات - أو تفسيرات- تقدمها نتائج بحوثهم لهذا التساؤل:

التفسير الأول:

يفترض أن تدخين السجائر يحدث درجة من الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين، باعتباره أكثر عناصر السيجارة الكيميائية تأثيرًا في أجهزة جسم الفرد، وحثًا له على استمرار التدخين، فتدخين الفرد عشرة أنفاث من كل سيجارة من السجائر العشرين (في المتوسط) التي يدخنها يوميًا، تعني أكثر من ثلاثة وسبعين ألف نفث سنويًا، ينقل كل منها إلى المخ النيكوتين- وغيره من العناصر- بسرعة (أقل من سبع ثوان) تفوق سرعة وصول الهيروين إلى المخ عن طريق الحقن في الوريد، كما ينقل كل منها إلى المخ كمية من النيكوتين قد لا تصل إلى حجمها كمية أي مخدر- طبيعي أو

(*) تشير البحوث إلى أن ما بين ثلث إلى نصف الذين يجربون التدخين ينتظمون فيه (Pomerleau, et al, 1993).

مـصنع (مـخلق) - أخـر يتـعـاطاه الفـرد، ذلك لأن النـيكوتين- أو تدخين السجائر- مقبول في كل المواقف الاجتماعـية ومرتبط بهاديات (علامات) بيئية عديدة، وآثاره السلبية المبـاشرة غير ملحوظة، وتكلفته الاقتـصادية أقل كثيراً بالمقارنة بالمخـدرات الطبيعـية أو المصنعة الأخـرى، مما يجعل الاعتـماد على النيكوتين - أو تدخين السـجـائر- متـاحًـا بدرجة كـبيـرة (Russell, 1977) خصـوصًا إن الرئتين تمتصه بسـرعة، ويصل(*) ربع ما امـتصه إلى شعـيرات المخ، فينبه مستـقبلات النيكوتين به (التي توجد في Medial Forebrain علـى التحـديد) ويرفع معدلات الأحـماض الأمينيـة المختلفة، وينبـه مركز التنبـيه الكيـميـائي فيّ النخـاع، ويسـتثـيـر عدداً من هرمـونات الغـدد النخـاميـة «والهيبوثلاموس»، وهكذا يؤثر النيكوتين تأثيراً مـباشراً وفوريًا يؤدي - نتيجة تكراره- إلى الاعتماد النفسي والفسيولوجي على النيكوتين.

ويستند المتبنون لهذا التفسير على صحته بما يلي:

١- يقدم النيكوتين تدعيمًا إيجابيًا للاعتماد عليه والاستمرار في تدخين السجائر؛ إذ يؤثر في الجهاز العصبي تأثيراً مزدوجًا بشكل يجعله وسيلة بعض الأفراد لتنظيم انفعالاتهم في مواقف المشقـة والقلق؛ لأنه مخمد يحدث فتوراً في العضلات، كما أنه وسيلة أفراد آخرين لمواجهة مواقف الرتابة والملل؛ لأنه يرفع مستوى الإثارة في القـشرة المخية (Ashton & Stepney, 1982; Solomon & Corbit, 1974; Ternes, 1977).

وبالإضافة إلى هذا الدور كمدعم إيجـابي، فإن للنيكوتين دوره كمدعم سلبي، ويتمـثل في مساعدة الفـرد على تجنب الإثارة الجسميـة الفسيولـوجية والنفسـية المنفـرة والمرتبطة بالامتناع عن التـدخين (أي أعراض الانسـحاب)،

(*) أما الثلاثة أرباع الأخرى فتوزع - مع الدم- على باقي أجزاء الجسم وتسبب - بالتفاعل مع العناصر الأخرى - أضرار التدخين المختلفة. انظر: Jarvik, 1977.

والتي يظهر بعضها بعد مرور ساعتين على تدخين آخر سيجارة، ومنها: انخفاض معدل نبض القلب، وارتفاع كل من ضغط الدم ومعدل التنفس ودرجة حرارة الجسم وزيادة القابلية للاستثارة العصبية «النرفزة» والقلق، وانخفاض معدل الإدرينالين والنوربنفرين Norepinephrine والأحماض الأمينية في الدم، وكل هذا يؤدي إلى الأرق والتعب والخمول والصداع والغثيان واضطراب عمليات الهضم والأيض (التمثيل الغذائي)، وانخفاض مستوى الإثارة في القشرة المخية وضعف القدرة على التركيز وكذلك التذكر والانتباه، وتصل هذه الأعراض إلى ذروتها خلال الأيام الثلاثة بعد تدخين آخر سيجارة، ثم تقل شدتها تدريجيًا بعد ذلك، كما تختفي هذه الأعراض تمامًا خلال خمس دقائق بعد تدخين سيجارتين أو بعد مرور أسبوعين - تقريبًا- على تدخين آخر سيجارة، أيهما أسبق (Best, et al, 1985; Jarvik, 1977) وتحاشيًا للمعاناة التي يقاسيها الفرد في الأيام الأولى لامتناعه عن التدخين، يعاود التدخين بشكل منمط دون توقف.

٢- يتمتع الدم- والجسم عمومًا - بدرجة من التوازن بين عناصره، فلكل عنصر مستوى معين، تجب المحافظة عليه، فأي نقصان- أو زيادة- في مستوى تركيز عنصر ما في الدم تخل بالتوازن، وبالتالي تحث الفرد إلى السعي لإعادة هذا التوازن من خلال زيادة الطلب على العنصر الناقص، وهكذا، ومع تدخين السجائر، يصبح للنيكوتين مستوى تركيز معين في الدم، وتصبح المحافظة عليه محددًا كافيًا لاستمرار التدخين، دليل ذلك الزيادة التي تتراوح بين ١٥ و ٢٠٪ التي كشفت عنها التجارب (Schwartz, 1977) في معدل الاستهلاك اليومي لسجائر ذات معدل نيكوتين منخفض بالمقارنة بذات معدل نيكوتين مرتفع، وأيضًا زيادة عمق النفث من كل سيجارة، وهذه الزيادة تختلف باختلاف معدل التدخين المعتاد، إذ تزيد على ٢٥٪ بالنسبة للمدخنين بكثرة، بينما لا تتجاوز ١٧,٥٪ بالنسبة للمدخنين ذوي معدل

تدخين يومي منخفض، مما يشير إلى أن المدخنين أو على الأقل المدخنين منهم بكثـرة، يدخنون للمحـافظة على مسـتـوى النيكوتين في الدم، أي أن هناك علاقة بين تدخين السجائر ومستوى النيكوتين في الدم.

وتشكك نتائج البـحوث (Lerenthal & Cleary, 1980) في إمكانيـة أن يكون هذا التفسير تفسيراً شاملاً لاستمرار التدخين، حيث تبين أن:

(أ) مـــا بين ٧٥ - ٨٠٪ من المـتنعين عن التـدخين يعـودون إليـه (ينتكسون) فيـما بين ثلاثة شهور وسنة بعد التعـرض لبرامج منع التدخين أو التـحكم فيـه، على الرغم من عدم وجـود أعراض انسـحاب أو أي مـعدل للنيكوتين في الدم بعد أيام قلائل من التعرض لتلك البرامج.

(ب) يكتفي بعض المدخنين بتدخين سجائر لا تحتوي على نيكوتين، أي إنهم يدخنون لأسـباب أخـرى غـير تنظيم مـعـدل «نيكوتين» في الدم؛ لأن تدخينهم هذه السجائر لا يضيف إليه شيئًا.

(جـ) لم يزد المدخـنون عـدد مـا يدخنونه من سـجـائر ذات مـعـدل «نيكوتين» منخفض بالقدر الذي يوازي مقدار «النيكوتين» الذي نقص من كل سيـجارة، بمعنى آخر، تبين التـجارب أن تدخين سجـائر يقل فيـها النيكوتين بنسـبة ٧٧٪ عن السجائر العادية، لم يصحبـه إلا زيادة السجائر المدخنة يوميًا لا تتجاوز ٢٥٪ .

(د) لم يحـدث تناول جـرعات «نيكوتـين» عن طريق الفم انخـفاضًـا ملحوظًا في معدل تدخين السجائر.

(هـ) تبين عـدة بحوث أن الأفـراد يدخنون لأسبـاب مخـتلفة، منـها: التغيـرات الانفعالية المرتبطة - شـرطيًا - بالتدخين، كمـا تبين بحوث أخرى اختلاف المدة التي يستغرقها كل فـرد للتحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين المنظم، فقد تكون هذه المدة شهراً لدى بعض الأفراد، وقد تكون

سنتين لدى بعضهم الآخر، ومعنى ذلك أن عوامل أخرى، غير تنظيم معدل النيكوتين في الدم، وراء استمرار الفرد في التدخين.

التفسير الثاني:

أجريت عدة بحوث تهدف إلى تحديد المواقف (وتشمل الأماكن والأنشطة التي يزاولها الفرد والأشخاص المتواجدون معه) الشائع أن يدخن فيها الفرد السجائر(*)، أو بمعنى أدق التي تستحثه على ذلك لارتباطها الشرطي معه، وقد أجريت بعض هذه البحوث بمشاركة مبحوثين مراهقين (Biglan & Lichtenstion, 1984; Green, 1977) (متوسط أعمارهم ١٣ , ١٦ سنة، ومتوسط المدة التي أمضوها يدخنون ١,٩٤ سنة، ومعدل تدخينهم ١٥,٢٥ سيجارة يوميًا) كما جرى بعضها الآخر بمشاركة مبحوثين راشدين (متوسط أعمارهم ٤٦ , ٣٠ سنة، ومتوسط المدة التي أمضوها يدخنون ١٤,٦ سنة، ومعدل تدخينهم ٢١,٧٥ سيجارة يوميًا)، وتبين جميعها أن تدخين السجائر سلوك تدفع إليه أحيانًا حالات انفعالية إيجابية كالسعي إلى المتعة والسرور والاسترخاء، كما تحث عليه أحيانًا أخرى الرغبة في إنقاص المشاعر السلبية كالشعور بالجوع أو الضجر أو الاستثارة العصبية «النرفزة»... إلخ، مما يعني أن تدخين السجائر سلوك متعلم، أي عادة تكتسب في ظل ظروف الدعم الاجتماعي وضغوط الأقران، من هذا المنطلق يمكن تفسير استمرار تدخين السجائر في ضوء نظريات التعلم:

يشاهد الطفل أباه يدخن، فيكون انطباعًا إيجابيًا عن التدخين والمدخن (فأباه يدخن) يدعمه التكرار المتواصل للصورة التي تقدمها وسائل الإعلام عن المدخن، فهو البطل المنقذ القادر على مواجهة كافة المشكلات، كما تدعمه

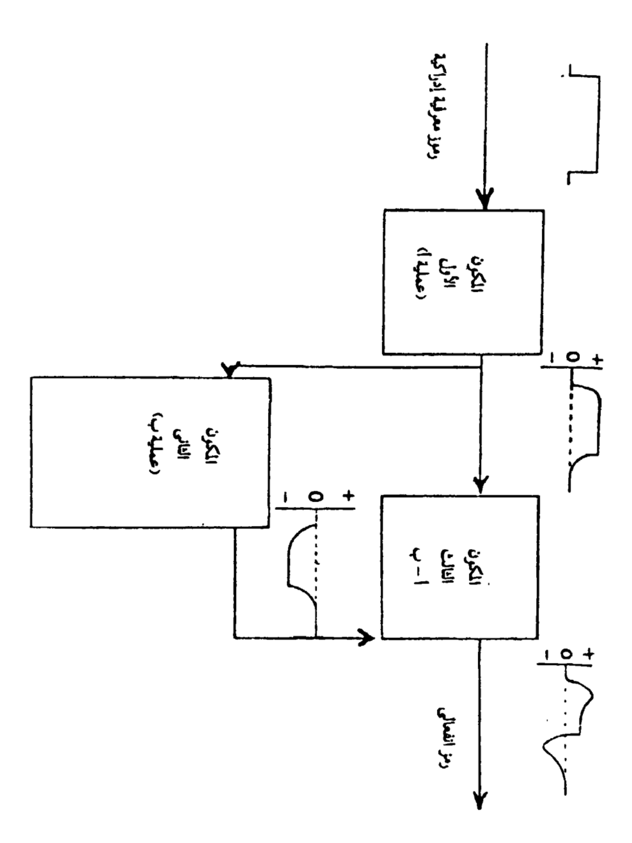
(*) وقد طور «شفمان» وزملاؤه (١٩٩٣) هذا الإجراء بحيث تستخدم الآن الحواسب الآلية في تصميم وتنفيذ برامج تساعد المدخن على تحذير ذاته على مدى اليوم إذا كان يحاول التحكم في معدل تدخينه.

إشارتهـا إلى التدخين باعتبـاره علامة النضج والقوة وحب المغـامرة. . . إلخ، ويستـمر عرض هذه الـصورة، وتبتـمر المشاهدة، في ظل ذلك يـكبر الطفل ويصبح مراهقًا، فيكون قـد تعلم- تعلمًا بالملاحظة وبالاقتداء- كيف يدخن، ويحـاول ذلك، فيلقي اسـتحـسان أقـرانه، بمكافأة تدعم لديه إعـادة الكرة، فيعيدها (Green, 1977). ومع تكرار المحاولات، يتزاوج التدخين مع عدد من الهاديات الخارجـية، ويرتبط بها شرطيًـا، وتعد متغيـرات سابقة له كاحـتساء القـهوة أو الشـاي، وتناول وجبـة وقيـادة السيـارة، ومشـاهدة التليفـزيون، ومجالسة المدخنين، وانتظار شخص ما. . . إلخ، ونتيجة لذلك التكرار أيضًا، يصبح التدخين مـدعمًا ثانويًا في عدة مـواقف تعد منبهات تمـييزية له، مثل: مـواقف الضغط الاجـتمـاعي والمشـقة والحـرمان من الطعـام، والانشغـال، والشعور بالقلق، أو الضـجر، أو الغضب، أو التعب، أو القابلية لـلاستثارة «النرفـزة»، ومع تكرار تدخين السجـائر في هذه المواقف يصـبح «النيكوتين» مدعمًا أوليًا، إذ يحدث تأثيرًا في الجهـاز العصبي المركزي يساعد على خفض التوتر والاسـترخاء والكفاءة في العـلاقات الاجتماعـية. . . إلخ، ومع تكرار تدخين السجـائر آلاف المرات، وتكرر إصداره في مـواقف عديدة ومـتنوعة، تقوي العـلاقات الشرطـية بينه وبين كل من الهاديات التـي تسبقـه والهاديات الداخلية التي تقترن به.

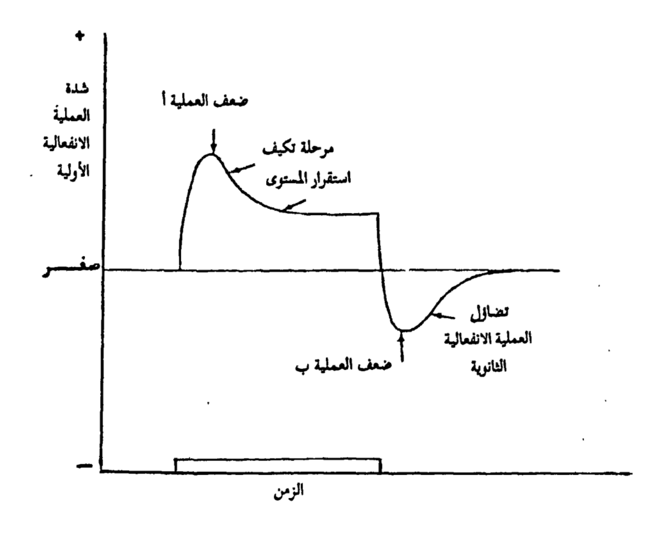
وأحدث النظريات التي تبلور هذا التفسير هي نظرية العملية المضادة Op-ponent (*) (Solomon & Corbit, 1974, Ternes, 1977) والتي تعـد توظيـفًـا جيدًا لنظرية التعلم الشرطي الكلاسيكي في تفسير الاستمرار في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، وتدخين السجائر من بينها، وتفترض النظرية أن الجهاز

(*) وترجع في الأصل إلى الفيلسوف اليوناني «أفلاطون» والذي قال: إن الأضداد كلها يتولد أحدها عن الآخر، ويجئ الواحد منها في أعقاب أخيه.

العصبي المركزي يميل دائـمًا لخلق حالة من التوازن Homeostasis داخلـه من خلال أنساق معينة مهمتها التحكم في الانفعالات للمحافظة على هذا التوازن بواسطة إنقاص أية مشاعر إيجابية كانت أو سلبـية، مفرحة كانت أو مترحة، تخرج الجهـاز العصبي عن توازنه، ويوضح شكل (١٤) الكيفـية التي تتم بها هذه العملية والتي تتضمن ثلاثة مكونات يمثل أولها الـعملية الانفعالية الأولية (عملية أ) الناتجة عـن إثارة الجهاز العصبي بواسطة منبهـات معدلة للمزاج أو هاديات مرتبطة بها، وتعكس هذه العملية انفعالاً سارًا أو محزنًا، تبعًا لطبيعة المنبه الذي يحـدثها. ويمثل ثانيها رد الفـعل الانفعالي المضاد (عـملية ب) أي العملية الانفعالية الثانوية والتي تعد آليـة الجهاز العصبي لاستعادة توازنه الذي أخلت به العملية أ، ويمثل حاصل الجـمع بين المكونين السابقين المكون الثالث الذي يعد حالة الفرد الانفعالية في لحظة ما من الزمن، وتتابع المكونات الثلاثة بشكل دينامي يتسم بخـمسة ملامح مـتمايزة يوضحـها شكل (١٥)، وهي: وصول الأول (عملية أ) إلى أضيق مدى له- يتـبعه مرحلة تكيف، أي إنقاص شدة العملية (أ) إلى أدنى مستوى- فإذا ما أصـبح هذا المستوى مستقرًا نسبيًا، تتم المحافظـة عليه حتـى استبعاد المنبه الذي أحدثها، هـنا تكتسب العملية (أ) القدرة على إحـداث نفس تأثير هذا المنبه، أي تستـثير ظهور العـملية (ب)- وتكون هذه العملية الأخيرة في أضيق مدى لها بعد استبعاد المنبه- ثم تضعف ببطء وتعود إلى وضعها الأصلي، أي استـعادة التوازن وتتابع معًا هذه الملامح الخمسة لتصف النمط المقنن للديناميـات الانفعالية في نموذج العملية المضادة، الذي يعتـبر حالة الفـرد الانفعاليـة في لحظة ما من الزمن هي حـاصل الجمع الجبري للعمليتين (أ، ب) حيث تطرح «ب» دائمًا من (أ)، فإذا كانت أكبر من (ب) عايش الفرد حالة انفعالية تغلب عـليها العملية (أ)، وتسمى الحالة (أ)، أما إذا كانت (أ) أصغر من (ب) شعر الفرد بانفعال له نفس شدة العملية (ب)



شبكل (١٤) نموذج العملية المضادة



شكل (١٥) تتباع الملامح الخمسة الديناميات الانفعالية
لنموذج العملية المضادة

ونوعيتهـا، أي الحالة (ب)، وهكذا تتبع شدة الحالة (أ) ونوعيتهـا مباشرة بدء التعرض للمنبه المثير للعملية (أ)، عند ضعف العمليـة (أ)، كذلك تتبع شدة الحالة (ب) ونوعيـتها مباشرة اسـتبعاد المنبه الذي يحـدث العملية (أ)، وعند ضعف العملية (ب) وهكذا أيضًا يتشابه رد الفعل الانفعالي المضاد الذي يثيره وجود المنـبه غيـر الشرطي مع الانفـعال السلبـي الذي يظهر نتـيجة الـتوقف المفاجئ في تقديم المنبه المدعم، وهذا الانفعال السلبي أو الحالة (ب) هو شرط جديد يظهر فقط بعد استبعـاد المنبه غير الشرطي، أي إنه كلما تكرر التعرض للمنبه غير الشرطي قوي رد الفعل الانفعالي الناتج عن استبعاد هذا المنبه، أي زيادة العملية (ب)، وهذه الزيادة تحـدث تغييرات في الديناميات الانفـعالية، تشمل إنقاص شدة الحالة (أ)، وزيادة شدة الحالة (ب)، بمعنى آخر كلما تكرر ظهور المنبه غير الشـرطي، تناقصت الحالة (أ) وزادت- بالتالي- الحالة (ب)، ويصبح التـعود على هذا المنبه- أو التحـمل- نتيجة طبـيعية للتـعاطي المتكرر للمنبـه المعدل للـمزاج، وبكلمـات أخرى فـإن العـملية (ب) أو رد الفـعل الانفعالي المضاد تقوى بالتعاطي، وتضعف بعدم التعاطي.

فتدخين السجائر منبه معدل للمـزاج يستثير - في البداية- انفعالاً سارًا (عمـلية أ) ناتجًـا عن استـحســان الأقران له، والذي تدعـمه هاديات بيـئيـة واجتماعية تحبذه، والتي في ظلها تتضاءل الآثار المترتبة مباشرة على التدخين، ويعقب هذا الانفعال السار، انفعال مضـاد له (عملية ب) مرتبط باختفاء المنبه أو عدم التدخين، ومع تكرار التدخين، يقـوى الانفعال المضاد، ويطول أمده، مما يؤدي إلى تناقص تدريـجي في شدة الانفـعـال السـار الحالة (أ) وأمـده، والذي سبق للـتدخين أن أحدثه، وتزداد بالتـالي شدة الحـالة (ب) وأمدها مما يزيد الرغـبة في مـعاودة التـدخين، أي أن تكرار التـدخين يؤدي إلى تناقص تدريجي في الجوانـب الممتعـة الناتجة عن الحالة (أ)، ويصـاحب هذا التناقص

تزايد شدة الانفعال المضاد لها (عمليـة ب) يتزامن مع بدء ظهور مجموعة من الأعراض الجسمية المنفرة (أعـراض الانسحـاب)، والتي تزداد شدتهـا كلما طالت الفتـرة بين تدخين السيجارة وتـدخين الأخرى، وتتزايد بالتالي الرغـبة الملحة في الـتدخين (الحالة ب) فـتدفع الفـرد إلى محاولة تجنـب ظهور تلك الأعراض بالبحث عن السجائر وتدخينها والذي يدعمه اختفاء تلك الأعراض وكذلك المتعة الناتجة عنه.

وهكذا تتـراوح انفـعالات الفـرد مـا بين مـعاناة آثـار مؤلمة (أعـراض الانسحاب) وانفعال سلبي (الرغبـة الملحة في التدخين) ناتجة عن الامتناع عن التـدخين، وبين مشـاعر سـارة تترتب مـباشـرة على تجنب تلك الآثار وهذا الانفعـال بمعاودة التدخين، وتصـبح هذه المشاعـر مدعمًا لـتلك المعاودة التي يؤدي تكرارها في المواقف المختلفة إلى تزاوج هاديات بيئية واجـتماعية متباينة مع التدخين، وترتبـط به شرطيًا بحـيث يستثـير ظهور أي منهـا الحالة (ب)، وتعد هذه الهـاديات متغـيرات معـدلة (تنقص الأثر المدعم للنيكوتين) لقيـمة النيكوتين التدعيـمية، وبالتالي يطلب الفـرد المزيد منه، أي يعاود مد يده إلى علبة سجائره مشعلاً الواحدة تلو الأخرى.

وهكذا تمدنا نظرية العـمليـة المضادة بآليـة توحـد الهاديات الخـارجيـة والداخلية (السابق الإشارة إليـها) مع استجابات أخرى متنوعـة تشمل خبرات الفرد الانفعـالية المرتبطة بالتدخين، ويساعدنا هذا التـوحد على معرفة كيـفية ظهور الرغبـة الملحة في التدخين لدى الفرد وتزايد شـدتها نتيجـة وجود آخر يدخن.

تبقـى الإشارة إلى التناقض في بناء هذه النظريـة، فحالة (أ) قـد تكون إيجابية وقد تكون سلبية، والحالة (ب) عكسها دائمًا، وإذا كان تكرار التدخين يؤدي إلى تزايد شـدة الحالة (ب) مما يدفع إلى مـعاودة التدخين، فـإنه بالمثل

يؤدي تكرار عدم التدخين- أي الامتناع عنه فتـرة طويلة تتجاوز تأثير أعراض الانسحـاب- إلي الشعـور بالسعادة، وكلمـا طالت مدة عـدم التدخين طالت المتعة الناتجـة عنه وطال أمدها، ومع ذلك فإن تدخين سيـجارة أو اثنتين- بعد فترة طويلة من الامتناع يكون مدعمًـا لمعاودة التدخين على الرغم من الانفعال السلبي الناتج (عملية أ) عن تلك المعاودة.

التفسير الثالث:

لا يعد أي من التفسـيرين السابقين تفسيرًا شاملاً لظاهرة اسـتمرار الفرد في تدخين السجائر، مما يبرز الحاجة إلى نموذج يقدم لنا تكاملاً بينهما يناسب دينامية الظاهرة، ولا يغـفل جانبًا من جوانبهـا المتعددة، إذ لا يمكن لنا النظر إلى تدخين السجـائر باعتبـاره سلوكًا متعلـمًا فقط متـجاهلين التأثيـر النفسي والفسيولوجي للنيكوتين، وأهمية المحـافظة على معدل معين له في الدم، كما لا يمكن أن يستثير انخفاض هذا المعـدل - وبمفرده- الرغبة الملحة في التدخين دون مـساندة من الهـاديات الخارجـية أو الداخليـة الأخرى، أو دون تفـاعل معـها، وإذا اعـتبـرنا هذه الرغبـة هي الحلقة الوسطى بين انخـفاض مـعدل النيكوتين في الدم والتدخين، فإن بالإمكان التساؤل عن كيفية التفاعل بين هذا الانخفاض والهاديات الداخلية والخارجـية الأخرى، ذلك التفاعل المسئول عن الاختلافات بـين الأفراد في الهدف المتوقع من التدخين، وفي كونه اسـتجابة لهاديات بعينها لدى بـعضهم أو استجابة لهاديات أخـرى مغايرة لدى البعض الآخر، حيث يدخن المدخنون بكثرة بهـدف تنظيم معدل النيكوتين في الدم، واستجابة لهاديات داخلية، بينما يدخن المدخنون بمعدل منخفض بهدف تنظيم انفعالاتهم واستجابة لهاديات خارجية.

ويفتـرض أن هذا التفاعل يتم على النحـو التالي: فالفرد يبـدأ التدخين على سبيل التجربـة؛ إذ يعتبره مظهرًا للنضج وللإثارة، فيتعلم كـيفية التحكم

في طول النفث وعمقه ومدة بقائه في الرئتين، وكيفية التعود على آثاره الفسيولوجية في هذه المرحلة، يحدث النيكوتين لدى الفرد إحساسًا سارًا (ربما نشوة) يتحول- بصورة آلية - إلى إحساس مضاد أي سلبي، يبدأ ضعيفًا ثم يقوى بالتدريج ومع تكرار التدخين- في هذه الأثناء - يعتاد الفرد أن يدخن السجائر في ظروف بيئية واجتماعية - مختلفة ومتنوعة غالبًا (أي مواقف مشقة) فترتبط الانفعالات السلبية المضادة للإحساس السار السابق إن أحدثه التدخين شرطيًا بتلك المواقف، وفي الوقت نفسه يبدأ - عند استبعاد السجائر- انخفاض في معدل النيكوتين في الدم مصحوب بأحاسيس جسمية (ارتفاع ضغط الدم - انخفاض معدل نبض القلب. . . إلخ) ناتجة عنه وترتبط شرطيًا بمواقف المشقة السابق الإشارة إليها، وبالانفعالات السلبية المرتبطة بها، ومع تكرار هذا الارتباط الشرطي تصبح تلك المواقف هاديات خارجية للرغبة الملحة في التدخين يتوق الفرد إلى السيجارة فور ظهور أحد هذه الهاديات.

ويمكن أن نفصل هذه العملية على النحو التالي:

(أ) تتزامن عدة عمليات انفعالية في توقيت حدوثها على الرغم من تعدد مصادرها، فمواقف المشقة تبعث في الفرد مشاعر سلبية بينما يثير التدخين انفعالاً إيجابيًا.

(ب) ومع تكرار هذا التزامن، وفي لحظة ما من الوقت، تتوحد (بطريقة الجمع الجبري) هذه الانفعالات، ويغلب عليها الطابع السلبي، فيتوق الفرد للسجائر كلما شعر بانفعال سلبي.

(جـ) ومع تكرار تدخين السجائر، يحتفظ الدم بمستوى معين من النيكوتين يؤدي انخفاضه إلى إثارة أحاسيس جسمية وفسيولوجية غالبًا، ترتبط شرطيًا بالانفعالات السلبية، هذه العلاقة الشرطية هي أساس (حجر الزاوية) الرغبة الملحة في التدخين.

(د) ولأن الفرد يدخن السجائر في مواقف متنوعة متصورًا أن التدخين يساعده على مواجهة هذه المواقف والتحكم في التهديدات الناتجة عنها، هنا يتم الإعزاء الخاطئ Misattributed. حيث تُعزى آثار إيجابية إلى التدخين، وبالتالي يرتبط التدخين - وبشدة - بتلك الآثار، ويرتبطان معًا بتلك المواقف أو الأحداث، وتتكون في ذهن الفرد صورة معرفية Schemata تتوحد فيها الانفعالات والمواقف والانطباعات مع ردود الفعل الفسيولوجية والحركية التي يصدرها الفرد في هذه المواقف، وتصبح هذه الصورة من الذكريات الانفعالية للفرد.

(هـ) وتمدنا هذه الذكريات الانفعالية بآلية التكامل والتوحد بين كل من الهاديات الخارجية (مواقف المشقة مثلاً) والداخلية (الأحاسيس الفسيولوجية الناتجة عن انخفاض معدل النيكوتين في الدم) وعدد من الانفعالات الذاتية والاستجابات الحركية اللاإرادية المرتبطة بخبرة المتعة الناتجة عن التدخين.

(و) وفي ضوء هذا التكامل أو التوحد، تصبح أي من تلك الهاديات الخارجية أو الداخلية- مصدرًا للرغبة الملحة في التدخين، ويختلف هذا المصدر من شخص لآخر، أو من موقف لآخر بالنسبة للفرد الواحد، باختلاف الوزن النسبي لمكونات النسق المتكامل، ويعد هذا الوزن النسبي دالة تاريخ التدخين لدى الفرد.

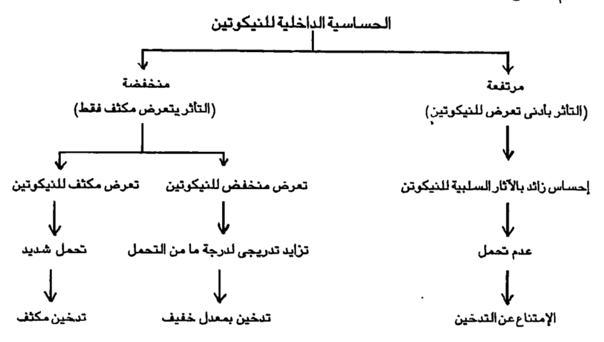
وهكذا، يمكننا هذا التفسير من فهم استمرار الأفراد في تدخين السجائر، على الرغم من اختلاف أهدافهم من التدخين، أو اختلاف الآثار التي يتوقعها كل منهم من تدخينه للسجائر أو اختلاف المواقف التي يدخنون فيها أو اختلاف كم وكيف هذا التدخين، فكل هؤلاء - في ضوء هذا

التفسير- يدخنون لتنظيم مستوى النيكوتين، إلا أن بعض الأفراد يعزو تدخينه إلى هاديات خارجية- اجتماعية غالبًا- ارتبطت شرطيًا بالرغبة الملحة في التدخين الناتجة عن انخفاض معدل النيكوتين، بينما يعزوه بعضهم الآخر إلى هاديات داخلية- انفعالية غالبًا- مرتبطة بمواقف مشقة مصاحبة لانخفاض معدل النيكوتين. الفارق بين الفريقين، أن العلاقة الشرطية بين انخفاض معدل النيكوتين والهاديات الخارجية يسهل ملاحظتها وتحتاج وقتًا أقل كي تتكون بالمقارنة بالعلاقة بين انخفاض معدل النيكوتين والهاديات الداخلية التي يحتاج ظهورها إلى معدل تدخين مرتفع عبر مواقف متباينة وعلى مدى زمني طويل.

التفسير الرابع:

وهو الأحدث، وقدمه «بومرليو» Pomerleau وزملاؤه (١٩٩٣)، وقد استمدوه من بحوث تعاطي المخدرات، والتي توضح أن التعرض المنظم لمادة مؤثرة في الحالة النفسية (مثل: النيكوتين) يؤدي إلى تكيف عصبي معها ينتج عنه تحمل أي تزايد معدل التعاطي وجرعته، وخلق حالة من عدم التوازن Disequilibrium نتيجة انسحاب المادة المؤثرة نفسيًا، ويصبح الحصول على هذه المادة هدف الفرد للتخفف من تلك الأعراض. . وهكذا تكتمل دائرة الاعتماد، فالتعرض للنيكوتين يترتب عليه وجود نسبة منه في الدم، لا يتحقق التوازن الحيوي بدونها، فإذا انخفضت نسبة تركيز النيكوتين في الدم ظهرت أعراض الانسحاب، وتحاشيًا لذلك يصبح هدف الفرد من التدخين هو تنظيم هذا التركيز والمحافظة عليه، معنى ذلك أن تحاشي أعراض الانسحاب يصبح في هذه المرحلة- استمرار التدخين- بديلاً للدعم الاجتماعي الذي كان المحدد الأساسي لبدء التدخين.

ونتيجة هذا يستمر الفرد في التدخين، ويصبح معتمداً نفسيًا وفسيولوجيًا على النيكوتين، هذا الاعتماد الذي ينتج في جزء منه (أي بالإضافة إلى الظروف البيئية المصاحبة للتعرض والتي ترتبط شرطيًا به) عن الحساسية الداخلية للنيكوتين، فهذه الحساسية تجعل بعض المدخنين يعايشون آثاراً سلبية للتدخين تدفعهم للحد منه، فلا يعانون من التحمل، بينما تجعل البعض الآخر لا يعاني منها، فيكون أكثر ميلاً للاستمرار في التدخين، ليس هذا فحسب، بل تجعله أيضًا يميل إما للتدخين بكثافة أو بمعدل خفيف، ويقدم شكل (١٦) تصوراً تخطيطيًا لهذا التفسير.



شكل (١٦) علاقة التعرض للنيكوتين بالتحمل

واستناداً إلى هذا النموذج يرى بعض الباحثين أنه إذا كان بدء التدخين يعتمد بدرجة كبيرة على المؤثرات الاجتماعية، فإن للوراثة إسهامها ليس في استمرار التدخين فحسب، وإنما في الكمية التي يدخنها المستمر (بكثافة أو بمعدل خفيف) وفي القدرة على الامتناع عن التدخين، فغير المدخن لديه الاستعداد الوراثي لذلك، المتمثل في حساسية مرتفعة لأدنى تأثير سلبي يحدثه النيكوتين وحساسية منخفضة لأي تدعيم يقدمه وتطوير بطيء (أي

الحاجة لجرعات كبيرة) للتحمل، بينما لدى المدخن استعداد حيوي يجعله أقل تأثرًا بآثار النيكوتين السُمية، وأكثر استجابة لمترتباته المدعمة، الأمر الذي يشير إلى وجود فروق في المستقبلات العصبية للنيكوتين مسئولة عن الفروق في الحساسية له.

ولم يلق هذا التفسير دعمًا إمبريقيًا كافيًا، ومازال لم يقدم إجابة لتساؤلات مهمة مثل:

١- ما دور الفروق الفردية في الآثار الفارماكولوجية للنيكوتين؟

٢- هل هناك تفاعل دينامي محتمل بين نمط التعاطي (ومدى انتظامه) وتغير مستوى التحمل؟

٣- ما دور الفروق الفردية في الحساسية الداخلية للنيكوتين؟ وإلى أي مدى يؤثر تغير معدل التعرض للنيكوتين في هذه الفروق؟

الخلاصة

تدخين السجائر سلوك متعلم بدرجة كبيرة، فمعدل ممارسته مرتفع جدًا، ويكافأ بآثار فسيولوجية ونفسية واجتماعية متعددة، وهادياته الداخلية والخارجية متنوعة ومقبولة اجتماعيًا وتكلفته الاقتصادية قليلة نسبيًا، كما أن مترتباته السلبية غير ملحوظة ومؤجلة، مما يعمل على زيادة الاعتماد عليه، والعمود الفقري لهذا الاعتماد هو الرغبة في تنظيم الانفعالات، سواء كانت هذه الانفعالات نتيجة لضغوط نفسية واجتماعية، أو تزاوجت شرطيًا مع هاديات خارجية، أو اقترنت بهاديات داخلية أو الأحاسيس الناتجة عن التغيرات في مستوى النيكوتين في الدم، ويساعد على هذا الاعتماد تبرير الفرد المستمر له بالاعتقاد في أن الدين لم يحرمه، أو في أن المعلومات عن أضراره مبالغ فيها.



الفصل الرابع

الامتناع عن التدخين

الفصل الرابع

الامتناع عن التدخين

يعد تدخين الأب، أو إحدى الشخصيات العامة الشهيرة، وكذلك الصورة التي ترسمها وسائل الإعلام للمدخنين، مشجعًا للمراهق على بدء التدخين، الذي تتم استجابة لدعوة أقرانه غالبًا، ثم يستمر في تدخين السجائر بهدف تنظيم انفعالات أما تسببها ضغوط نفسية واجتماعية، أو تزاوجت شرطيًا مع هاديات خارجية متنوعة، أو اقترنت بهاديات داخلية وأحاسيس ناتجة عن التغيرات في مستوى النيكوتين في الدم.

وفي ظل هذا الاستمرار تتضاءل تبريرات الفرد له، ويتزايد إحساسه بعدم الرضا عن نفسه، مصدره استهجان الفرد لتدخين السجائر، فمع تكرار محاولات تدخينها، يدرك مخاطرها على الصحة، ويشعر بآثارها المنفرة، فيرغب في الامتناع عنها، وتتزايد رغبته هذه حتى يترجمها إلى محاولة فعلية لكنها تفشل، فيشعر بضعف الإرادة وخيبة الأمل، ويعزو كل الصفات السلبية إلى ذاته:

وتكشف الإحصاءات الأمريكية عن رغبة أكثر من ٩٠٪ من المدخنين سواء كانوا المراهقين أو الراشدين في الامتناع عن التدخين، بل ومحاولة ذلك ٨٠٪ منهم حاولوا أكثر من مرة (١,٥ مرة في المتوسط)، ٥٣٪ منهم لم يستمر امتناعهم عن التدخين أكثر من أسبوعين، كما تكشف الإحصاءات البريطانية عن فشل أكثر من ٧٥٪ من محاولات الامتناع عن التدخين (Biglan & Lich-

tenstein, 1984; Leventhal, et al., 1985; Lichtenstein & Brown, 1980; Lichtenstein & Glasgow, 1992; Shifman, 1993a).

وتبـرز البـــحـوث (Hall, et al., 1984; Lichtenstein, et al., 1980) أن ٩٥٪ من الممتنعين عن التدخين يشعرون بسعادة بالغة نتيجة عدم التدخين، إلا أن ٨٢٪ منهم يعـايشون - أثناء فـتـرة الامتناع - رغـبة شـديدة في معـاودة التدخيّن (توقـان)، وتزداد هذه الرغبـة شدة أثناء التواجـد مع المدخنين وعند تناول الطعام أو احتـساء القهوة، أو مشاهـدة التلفاز، أو انتظار شيء ما، مما يجعل من هذه المواقف أهم أسباب معـاودة التدخين بعد امتناع عنه، فنادراً ما يعاوده الممتنع أثناء العمل، أو حيـنما يكون بمفرده، وإنما في وجود آخرين في ٨٣٪ من الحالات، الذين قـدموا السيـجارة الأولى بعـد الامتناع، كمـا ذكر ٥٧٪ من المعـاودين، وذكر ٨٠٪ من المعاودين أنهم دخنوا السـيجارة الأولى هذه في حالة مـن الاسترخـاء، ذكر ٤٣٪ منهم أن طعمـها كان سيـئًا، وأن آثارها الفسيولوجية الأخرى غير ممتعة، وذكر ٦٢٪ أنهم شعروا بعدها بالذنب والندم.

وإزاء هذه الصورة يتبلور أكثر من هدف لجهود مكافحة تدخين السجائر من خلال مساعدة المدخنين على الامتناع عنه، وتتمثل هذه الأهداف في:

١- تنشيط دافـعية غيـر الراغبين في الامتناع- عـلى الرغم من قلتهم- وحثهم على ذلك، من خلال ترسيخ اتجاه مضاد للتدخين مرتبط بزيادة اهتمام المدخن بصحته.

٢- مساعدة الراغبين في الامـتناع على نجاح امتناعهم من خلال برامج تعديل سلوك التدخين، والتغلب على الآلام الناتجة عن أعراض الانسحاب.

٣- فـإذا نجحت مـساعـدة المدخن على الامـتناع عن التـدخين، لكن احتـمال عودته إليه قـائمًا وكبيـرًا، فإن الهدف هو الحـيلولة دون هذه العودة

بواسطة أساليب الوقاية من الانتكاس Relapse Prevention. والتي تبرز أهميتها في ضوء معدلات الانتكاس المرتفعة والتي تتجاوز ٨٠٪؛ إذ تكشف التقديرات أن ما بين ١٠ و ٢٠٪ فقط- ينجحون في محاولة الامتناع عن التدخين خلال متابعة لمدة سنة (Sue, et al., 1999).

وقد شهدت العقود الثلاثة الماضية محاولات حثيثة لتحقيق هذه الأهداف؛ إذ بدأ الاهتمام بتعديل سلوك التدخين في الستينيات(*)، وحينذاك استعان المعالجون في عياداتهم بأساليب علاجية تقليدية لمساعدة قاصديهم على الامتناع عن التدخين، منها: العلاج بالتنويم، والعقاقير التي تعد بدائل «للنيكوتين» للتغلب على آلام أعراض الانسحاب- مثل «لوبلين» Lobeline الذي استخدم في أمريكا وكوبنهاجن منذ أواخر الستينيات، و«التابكس» Tabex(**) الذي استخدم في ألمانيا وبولندا وبلغاريا- وغالبًا ما لجأ هؤلاء المعالجون إلى تغيير معتقدات قاصديهم عن التدخين وإثارة دافعيتهم للامتناع عنه وزيادتها أثناء المعالجة بهذه الأساليب، وتكشف البحوث التي أجريت في الستينيات عن معدلات امتناع قصيرة المدى (ما بين أسبوعين وشهر) تليها معدلات انتكاس مرتفعة أيضًا، ولكن مع الاستعانة بوسائل الضبط المنهجي في السبعينيات فلم تكشف البحوث عن مزية للاستعانة بهذه الأساليب بالمقارنة بالمجموعات الضابطة أي الذين لم يتعرضوا لأية معالجة (Leventhal & Cleary, 1980' Pechacek, 1979; Schwartz, 1977). مما دعا إلى تطوير أساليب أخرى- ويعرض جدول (٢) بداية ظهورها - تمثلت في:

(*) يمكن أن تمثل بحوث تقويم أساليب تعديل سلوك التدخين مؤشراً لتزايد الاهتمام بتحقيق هذه الأهداف خلال تلك الفترة، فقد زادت هذه البحوث من بضع دراسات لا تتجاوز عدد أصابع اليد الواحدة سنة ١٩٦٥ إلى ما يزيد على ١٩٠ دراسة سنة ١٩٨٩ (Shifman, 1993a).

(**) وكان على هيئة أقراص، ثم استحدث عقار على هيئة سائل يضاف إلى الماء، ويشربه المدخن بديلاً للنيكوتين.

جدول (٢)

يوضح برامج مساعدة المدخنين على الامتناع للمرة الأولى (نقلاً عن Shifman, 1993a)

مسلسل	البرنامـــــــــــج	سنة ظهوره
١-	العيادات الجماعية	١٩٦٢
٢-	الأيام الخمسة	١٩٦٣
٣-	المارسة السلبية باستخذام التدخين السريع والصدمات الكهربائية	١٩٦٤
٤-	التنويم	١٩٦٥
٥-	التسكين المنظم (الطمأنة التدريجية)	١٩٦٦
٦-	التحكم الوقائي Coverant وإدارة الظروف المحتمل ارتباطها بالتدخين	١٩٦٧
٧-	التخمة Satiation	١٩٦٨
٨-	Seymanagnent	١٩٧١
٩-	النيكوتين المضوع (العلكة)	١٩٧٣
١٠-	الإبر الصينية Acupuncture	١٩٧٥
١١-	تدخين سجائر منخفضة النيكوتين	١٩٧٨
١٢-	برامج الوقاية من الانتكاس	١٩٧٩
١٣-	التعرض للهاديات المشجعة للامتناع	١٩٨٤
١٤-	أساليب التخلص من النيكوتين	١٩٩٠

١- الأساليب الفسيولوجية:

سبـقت الإشارة إلى أهمـية تنظيم معـدل «النيكوتين» في الدم كمـحدد لاستمرار التدخين، باعتبار أن «للنيكوتين» قيمته كمدعم، إذ تكشف البحوث عن عـلاقـة بينه وبين آثار مـعينة عـلى حالة الـفرد المزاجـيـة، وعلى أدائه، بالإضافة إلى تأثير هذه المادة المتمثلة في إحداث اعتماد جسمي ونفسي عليها، وهو ما يعـني إمكانية أن ييـسر التحكم في مـعدل «النيكوتين» الامـتناع عن التـدخين، لذا نشطت برامج إحلال الـنيكوتين في السنوات الأخيـرة (Lich-tenstein & Glasgow, 1992)، وبالإمكان التمييز بين إجراءين لهذا التحكم:

(أ) يتمثل الإجراء الأول في التقليل التدريجي لكمية «النيكوتين» إما من خلال تدخين سجائر منخفضة النيكوتين Nicotine Fading أو عن طريق «مباسم» Filters (مصافي) متفاوتة القدرة على التحكم في معدلات «النيكوتين» والقطران التي تصل الرئتين، يستخدم كل منها لمدة زمنية معينة تسمح بالتخفيف التدريجي من معدل «النيكوتين».

(ب) ولأن «النيكوتين» يكسب السيجارة طعمًا محببًا للمدخنين، بالإضافة إلى أهميته للكثير منهم، لذلك يفشل الإجراء السابق في مساعدة المدخنين على الامتناع عن التدخين، لذا طور الباحثون السويديون أسلوبًا يتعامل مع كل من الرغبة في الامتناع والحاجة لمعدل معين من «النيكوتين» بشكل منفصل، وهو أسلوب «النيكوتين الممضوغ» أو (العلكة) (Nicotine Chewing Dum (or Nicorette) (عن طريق الفم، مما يستغرق وصوله إلى المخ ما بين ١٠، ٢٠ دقيقة، مقابل ٧ ثوان في حالة التدخين) ولصقة Patch النيكوتين (عن طريق الجلد)، مما يقلل من الضرر المترتب على «النيكوتين» ويشير استعراض البحوث التي تقوّم فعالية هذا الأسلوب إلى أنه أدى في البداية إلى نتائج ضعيفة نسبيًا إلا أنه في الفترة الأخيرة أكثر استخدامًا من الأساليب السلوكية الأخرى(*)، وتظهر فعاليته في إنقاص الانفعالات وبعض الجوانب الفسيولوجية المرتبطة بأعراض الانسحاب، إلا أنه لا توجد أدلة متسقة حول تأثيره في إنقاص الرغبة الملحة في التدخين، كما أن لهذا الأسلوب حدوده الطبية، إذ لا يستخدم في حالات الحمل وأمراض الدورة الدموية (Brown, et al., 1984' Lichtenstein & Brown 1980) كما أن طعمه سيئ.

(*) وإن يفضل أن يستخدم معها حيث تشير البحوث إلى تأثير متبادل بين أسلوب النيكوتين الممضوغ وأحد – أو أكثر – الأساليب السلوكية إذا استخدما معًا (Lichtenstein & Glasgow, 1992).

ثم توالى تصنيع بدائل جديدة لتعاطي النيكوتين كبخاخ النيكوتين Spray الذي ظهر سنة ١٩٩٦، واستنشاق Inhaler النيكوتين، وقد ظهر سنة ١٩٩٨ وأدى استخدامهما إلى نتائج مماثلة، كما أدت المزاوجة بين أي منهما وأحد الأساليب السلوكية إلى زيادة الفعالية (www. cdc. gov).

لهذا ظهر سنة ١٩٩٢ أسلوب التخفيف من النيكوتين Nicotione Patch حيث يحصل الفرد على جرعة محددة من النيكوتين يوميًا، ويتم تقليلها تدريجيًا وبشكل آلي من يوم لآخر، وبواسطة ذلك يتم التخلص من مشكلات النيكوتين المضوغ (Lichtensten & Glasgow, 1992).

وتكشف البحوث أن فعالية هذا الأسلوب تتزايد مع نمو فهمنا للآثار التي يحدثها النيكوتين، ومع ذلك فإن التدخل السلوكي كأساليب التنفير والتدخل النفسي الاجتماعي يحظيان بالأولوية في هذا المجال (المرجع السابق).

٢- أساليب التنفير Aversive:

وتعد توظيفًا لأسلوب التشريط الكلاسيكي(*)، وتهدف إلى إنقاص القيمة التدعيمية للتدخين بالمزاوجة بينه وبين منبهات منفرة والتي من أكثرها استخدامًا: الصدمة الكهربائية - تخيلات سلبية - السجائر ذاتها (بتدخينها تدخينًا سريعًا متتابعًا، أو تدخينها بالمعدل المعتاد مع التركيز على الأحاسيس السلبية المصاحبة للتدخين). وتعد الصدمة الكهربائية أسهل تناولاً وأسهل تكميمًا (أي: يمكن قياسها بشكل كمي) ويمكن التحكم فيها بالمقارنة بالتخيلات السلبية.

(*) يقدم الفصل الثاني من الجزء الأول من كتاب «نظريات التعلم» (والذي نشر بسلسلة عالم المعرفة) وصفًا مفصلاً لهذه النظرية (غازدا وكورسيني).

ويعد التدخين السريع أكثر المنبهات المنفرة فعالية لإمكانية ممارسته في أي وقت، وأي مكان، بينما التدخين المصحوب بالتركيز على الأحاسيس السلبية أو المصحوب بصور متخيلة، فليسا فعالين، حيث لم تكشف البحوث عن فروق بين المتعرضين لهذين الأسلوبين وبين المجموعات الضابطة.

وتكشف البحوث التي أجريت فيما بين عامي ١٩٦٩ - ١٩٨٩م عن عدد من المحاذير الأخلاقية لأساليب التنفير، إذ يتضمن مخاطرة جسيمة تحد من استخدامه، وخصوصًا أسلوب التنفير من خلال التدخين السريع المتتابع، حيث يتعرض الفرد لكميات كبيرة من العناصر الكيميائية- مثل: «النيكوتين» أول أوكسيد الكربون... إلخ- التي تؤثر في أداء الجسم لوظائفه الحيوية، مما دعا الباحثين إلى محاولة تطوير أساليب فعالة، ولكن أقل خطورة، ومنها أن يطلب من الراغب في الامتناع وضع سيجارة غير مشتعلة في فمه فترة ما من الوقت، ولم يحظ هذا الأسلوب إلا باهتمام ضئيل على الرغم من نتائج البحوث التي تبرز عدم وجود فروق بينه وبين أسلوب التدخين السريع، فمستوى فعاليتهما متشابه، يضاف إلى المحاذير الأخلاقية هذه، وجود معدلات انتكاس مرتفعة للمعالجة بأساليب التنفير (Kamarck & Lichtenstin' 1985 Leventbal & Cleary, 1980' Lichtenstein & Danaher, 1976; Pechacek, 1979).

٣- أساليب التحكم الذاتي:

وتعد توظيفًا لنظرية التشريط الأدائي (أو الإجرائي Operant)(*) وفي ضوئها يمكن النظر إلى التدخين كسلوك تم تعلمه بدرجة كبيرة، وتتم - أيضًا- المحافظة عليه (أو الاستمرار في إصداره) بهاديات تسبقه ومترتبات

(*) يقدم الفصل الثالث من الجزء الأول من كتاب «نظريات التعلم» (عالم المعرفة، ٧٠) وصفًا مفصلاً لهذه النظرية (غازدا وكورسني).

لاحـقة على إصـداره، وكـما أسلفـنا- في الفصل السـابق- هناك عـدد من الهاديات الداخلية الخارجية المدعمة للتدخين والتي تسبقه أو تليه.

ويمكن من خلال أساليب التحكم الذاتي أن نزيد وعي الفرد بالهدف من سلوكه، وإمكانية الاعـتماد على ضروب سلوك بديلة لتحـقيق ذات الهدف، بمعنى آخر يمكن أن نعلم المدخن كيفية تحديد هاديات التدخين، ثم كيفية إعادة ترتيبها أو استبدالها، فعلى سبـيل المثال يعد تناول وجبة هاديًا لتدخين سيجارة لدى فرد ما، ووسيلة للاسـترخاء بعد هذه الوجبة، فيـمكـن تعليمه أن يمشي أو يستـرخي عضليًا- بواسطة أسـلوب «التـسكـين المنظـم»(*) Systematic Desensitization - بعد تناول تلك الوجبة بدلاً من تدخين سيجارة.

ويمكن أن ندرب المدخن عـلى الامـتناع التـدريجي من خـلال المكافـأة والعقـاب، فنعلمه أن يحدد لنفـسه مكافأة إذا تمكن مـن الامتناع الناجح عن التدخين لفترة معينة من الزمن يحددها لنفسه (عدة ساعات - يوم - أسبوع)، أو يحدد لنفسه عقابًا إذا فـشل في تحقيق هذا الامتناع، ويصبح هذا الأسلوب أكثر فعالية إذا قام بتنفيذ المكافأة والعقاب شخص غير مدخن.

أسلوب آخر للتحكم الذاتي يعتمـد على تحذير المدخن لنفسه من خلال ترديده لعبارات ومـعلومات تحثه على عدم التـدخين، وقد لا يعد هذا أسلوبًا مستقلاً، فكل المعالجات تتضـمن عناصر معرفية تسهم بشكل واضح في زيادة فعاليتها (Eiser, 1978; Leventhal & Cleary, 1980).

واستخدام أسلوب مفرد من هذه الأساليب ليس فعالاً؛ إذ لا يحدث إلا إنقاصًا قصـير المدى في معدل التدخين، ويصبح هذا الإنـقاص متوسط المدى إذا أصبح الأسلوب جزءًا من برنـامج متعدد الأساليب كـالمزاوجة بين أساليب.

(*) لمزيد من التفصيل عن هذا الأسلوب، انظر: عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠م.

التحكم الذاتي وأسلوب التنفير بالتدخين السريع، والتي أدت - كما تكشف البحوث (Best, et al, 1977) إلى معدل امتناع يزيد على ٥٠٪ لمدة ستة شهور، أو المزاوجة بينها وبين أسلوب العلاج بالتنبيه البيئي المقيد Restricted Enviromental Stmulation والذي يهدف إلى دفع الفرد إلى تغيير اتجاهه وسلوكه المحبذ للتدخين من خلال تقليل المنبهات البيئية المدعمة لهذا الاتجاه أو السلوك، وقد أدت هذه المزاوجة إلى معدل امتناع عن التدخين بلغ ٧٣٪ لمدة ستة شهور، ٥٣٪ لمدة سنة (Best & Sudfield, 1982). وتدعم ذلك دراسة أجراها مؤخرًا هينريكاس Hennrikus وزملاؤه (٢٠٠٥) حيث تتبعوا ٢٠٩٥ مريضًا أودعوا المستشفيات، وتكشف نتائج هذه المتابعة أن الإبداع في المستشفى- كبيئة محظور فيها التدخين - يزيد معدلات الامتناع عن التدخين.

وتعد مثل هذه الأساليب قنطرة الوصل بين الأساليب الفارماكولوجية وأساليب التفير أو بالأحرى البرامج التي تتم داخل العيادة وبين برامج الصحة العامة التي تتم في الميدان (المدارس وأماكن العمل... وما شابه)، وهذه الخاصية تجعل من أساليب التحكم الذاتي أكثر انتشارًا لسهولة تنفيذها، ولأنها أقل تكلفة(*) ، كما أنه يحقق نسب امتناع أعلى وأطول أمدًا؛ لأنه ينقل البرامج العيادية المركزة(**) إلى ملايين المدخنين، أضف إلى ذلك أنه بإمكان كل مدخن منهم أن يطوعه وفق احتياجاته وظروفه (Currg, 1993).

ومع كل هذا، فإن التقويم الموضوعي لفعالية هذه الأساليب يواجه صعوبات منهجية عديدة أهمها مشكلات تتعلق بصدق أدواتها، وافتقاد النتائج للاتساق، كما أن الذين يستخدمون هذه الأساليب ليسوا الأفضل لتقويم هذه

(*) فقد قدر أحد الباحثين أنه يكلف المدخن الأمريكي ما بين ٣٨ - ٩٠دولارًا بينما تكلفة جلسات الامتناع في العيادات المتخصصة ما بين ٢٣٥ - ٤٤٠ دولارًا (Currg, 1993).

(**) التي تتم أساسًا بشكل فردي أي مع مدخن مفرد.

الفعالية؛ لأنهم غالبًا من كبار السن أو ممن يدخنون بكثافة الأكثر إدمانًا على النيكوتين والأقل ثقة بالذات مقارنة بأفراد الجمهور العام (المرجع السابق).

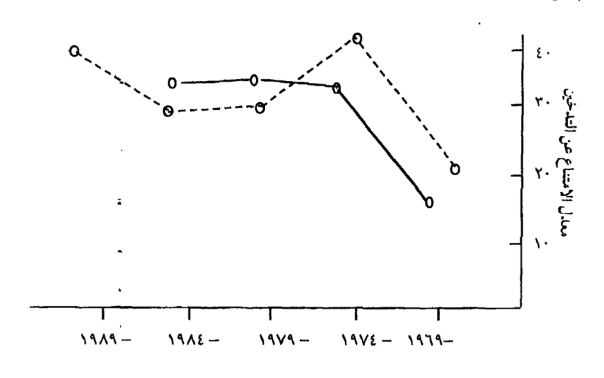
٤- التحكم في معدل التدخين:

لما كان الامتناع التام عن التدخين يمثل هدفًا غير واقعي بالنسبة لكثير من المدخنين، فإن الباحثين يسعون لمساعدتهم على إنقاص معدل استهلاكهم من السجائر، والذي قد يؤدي على المدى البعيد إلى الامتناع، ويكون هذا الإنقاص حادًا أو تدريجيًا، أي قد ينقص المدخن - على سبيل المثال - عدد السجائر التي يدخنها من عشرين سيجارة إلى عشر سجائر مرة واحدة، أو يتدرج من ٢٠ إلى ١٨ إلى ١٦، وهكذا حتى يمتنع تمامًا عن التدخين، ثم إلى عدم التدخين بعد فترة من الزمن، وقد يصاحب هذا الإنقاص عائد (أو رجعة استجابة) أو معلومات يتلقاها الفرد عن معدل «النيكوتين» في الدم، وكذلك تغييرات في أوكسيد الكربون، أو لا يصحبه عائد، كما قد يكون هذا الإنقاص في عدد السجائر الذي يدخنه الفرد يوميًا، أو في القدر الذي يدخنه من كل سيجارة، وتشير نتائج البحوث (Glasgow, et al, 1989) إلى فعالية نسبية للإنقاص التدريجي سواء صاحبه عائد (رجعة استجابة) أو لم يصحبه.

٥- أساليب الامتناع طويل المدى (برامج الوقاية من الانتكاس):

تكشف البحوث Kamrack & Lichtenstein, 1985; Lichtenstein & Brown, 1980; Lichtenstein & Dsnaher, 1976, Lichtenstein & Glasgow, 1992; Schwartz, 1977) التي أجريت فيما بين عامي ١٩٦٣، ١٩٨٩- والتي تربو على مائتين وخمسين دراسة - عن مقدرة محدودة لأساليب تعديل سلوك التدخين والتي ذكرت آنفًا، فالتفاوت في نسب نجاحها (والتي لا تتجاوز الـ ٤٠٪ خلال الستة شهور الأولى بعد التعرض لأحد- أو لأكثر- هذه الأساليب، ثم تنخفض إلى ما دون الـ ٢٥٪ بعد ذلك) ليس كبيرًا (انظر

شكل١٧) ومعدلات الانتكاس- أي العودة للتدخين بعد امتناع ناتج عن ذلك التعرض- شديدة الارتفاع، كما لا يوجد فرق بين نسب نجاح تلك الأساليب وبين نسبة الممتنعين من تلقاء أنفسهم دون تعرض لأي أسلوب يساعدهم على هذا الامتناع(*)، لذلك حاول الباحثون زيادة فاعلية هذه الأساليب، إما بالجمع بين أكثر من واحد منها (Shifman, 1993a) أو بإطالة مدة المتابعة (Currg, 1993) عن الفترة المعتادة في معظم الحالات، (والتي تتراوح ما بين ثلاثة وتسعة شهور)، عن طريق المكالمات التليفونية والمقابلات المنتظمة بشكل دوري والتي يتعلم من خلالها الذين امتنعوا عن التدخين كيفية تحديد كل من المواقف والحالات المزاجية التي تشجعهم على العودة إلى التدخين، ثم كيفية التعامل معها بشكل يقلل من احتمالات هذه العودة، ومع ذلك كان تأثير هذه الإجراءات ضئيلاً.



(*) تظهر البيانات الأمريكية أن حوالي ٩٠٪ من المدخنين السابقين ذكروا أنهم امتنعوا بمفردهم دون مساعدة من أهل الاختصاص في هذا المجال (Lichtenstein & Glasgow, 1992).

ونظراً لأن العودة إلى التدخين بعد امتناع عنه ترتبط بمتغيرات اجتماعية وبيئية في ٩٨٪ من الحالات (Heller, et al., 1989; Lichtenstein, et al, 1980) ولذلك اتجه الباحثون إلى التعامل مع هذه المتغيرات (مثل: الانتماء لجماعة معينة - وجود شخص ما يمكن الاقتداء به... إلخ) لزيادة دافعية الفرد إلي عدم التدخين، أو لتخفيف تأثير الضغوط المشجعة للعودة إلى التدخين بعد امتناع عنه.

ويتم التعامل من خلال ما يلي:

(أ) التدخل مع مرضى المستشفيات:

يمكن الاستفادة من تواجد المرضى بالمستشفيات للعلاج من أمراض بدنية أو نفسية، وذلك يجعل المدخنين من هؤلاء المرضى يمتنعون عن التدخين أثناء فترة تواجدهم بالمستشفى، ومساعدتهم على أن يظلوا ممتنعين عنه بعد ذلك. وهذا المجال رغم حيويته أهمل طويلاً فلم يهتم به إلا عدد قليل من الباحثين أواسط الثمانينيات.

وتتمثل أهمية هذا المجال في أن المرضى، والمدخنين منهم بكثافة على وجه الخصوص، يعاودون(*) التواجد بالمستشفى لإصاباتهم المتكررة بأمراض الجهازين التنفسي والدوري وغيرهما، مما يزيد فرص التدخل لمساعدتهم على الامتناع عن التدخين، خاصة وأن سياق التواجد بالمستشفى وسببه مبررات منطقية لهذا الامتناع، كما يمثل التواجد بالمستشفى اللحظة التي تنخفض فيها الرغبة في التدخين إلى أدنى مستوى، وفي الوقت نفسه ترتفع فيها الحساسية لأضرار التدخين إلى أعلى درجة، كما تكون الرغبة في الامتناع عنه في مستواها الأمثل. فالبحوث التي أجريت بمشاركة مرضى أودعوا

(*) فعلى سبيل المثال تظهر الإحصاءات الأمريكية أن ٢٥ مليون أمريكي يودعون المستشفى لفترات قصيرة كل عام (Orlerns, et al, 1993).

المستشفى تكشف عن معدلات امتناع أثناء التواجد تصل إلى ٧٠٪، وتصبح ما بين ٣٥ - ٤٠٪ بعد الخروج من المستشفى ٢٠ - ٢٥٪ بعد عام من الامتناع (Orleans, et al., 1993).

ومن المتوقع تزايد هذه المعدلات نتيجة نصح الأطباء والعاملين والزوار والمرضى الآخرين، ومن الممكن تخطيط هذا النصح بحيث يصبح تدخلاً منتظمًا قابلاً للملاحظة والتقويم، ولتحقيق ذلك يجب أن نراعي ما يلي:

- الحزم في منع التدخين بالمستشفى، فلا ينبغي لأي فرد، مهما كان موقعه أن يدخن.
- أن يعمل كل فرد بالمستشفى على توفير هاديات الامتناع وتعريض المرضى لها.
- الاستعانة بمعالجة دوائية أو سلوكية تساعد الممتنعين على تجاوز فترة أعراض الانسحاب، ويفضل أن تكون هذه المعالجة جزءًا من برنامج متعدد المكونات.
- تقديم علاج للإدمان على النيكوتين إذا اقتضى الأمر ذلك.
- استمرار المتابعة بعد الخروج من المستشفى بما يحقق الوقاية من الانتكاس. (المرجع السابق).

ويمكن تدريب الأطباء وبقية العاملين بالمستشفى على القيام بمثل هذا التدخل، كما يمكن توظيف أسلوب زيادة الإحساس بفعالية الذات - كما قدمه «باندورا»- كوسيط لإحداث تغيير في سلوك التدخين.

(ب) التدخل في مؤسسات العمل:

وزاد الاهتمام به في العقد الأخير، وذلك لإمكانية الوصول من خلاله إلى عدد كبير من المدخنين الذين لا يلتفتون- بسبب إما عدم المعرفة أو عدم

الاستطاعة المالية - للبرامج المقدمة في العيادة، وأيضًا لإمكانية الاستفادة من كل من:

- ظروف العمل التي تحظر التدخين أثناءه.
- البناء التنظيمي الذي يتيح لبعض الأفراد التحكم في سلوك الآخرين من خلال التحكم في الإثابة والعقاب.
- التفاعل بين زملاء العمل الذي ينشِّط الدافعية للامتناع ويقدم المساندة للمدخن الممتنع.

ويشير عرض نتائج عشرين دراسة لتقييم هذا التدخل إلى أنه حقق معدلات امتناع طويل المدى يصل متوسطها إلي ٢١٪ (Lichtenstein & Glosgow, 1992) .

(جـ) المساندة الاجتماعية Social Support :

الذي ظهر في السبعينيات على أساس القول بأن المتغيرات الاجتماعية والبيئية محددات أساسية لعدد من الاضطرابات الجسمية والنفسية (ومنها الاعتماد على المواد المؤثرة في الأعصاب والسجائر من بين هذه المواد) وبالتالي يمكن للعلاقات الشخصية أن تحمي الفرد من كثير من المخاطر الصحية ويرى عدد من الباحثين في مجال علم النفس أن هذا الأسلوب خطوة أولى نحو فهم الدور الذي تلعبه العلاقات الاجتماعية في تعديل السلوك، إما بشكل مباشر من خلال إيجاد الدافعية التي يتطلبها التغيير، ومن خلال عمليات التأثير الاجتماعي (مثل: الاقتداء)، أو بشكل غير مباشر من خلال التأثير في متغيرات تؤثر في السلوك المرغوب(*) .

(*) للتعرف على هذا الأسلوب والأساس النظري الذي يستند إليه. انظر Heller, et al, 1986; Kamrack & Lichtenstein, 1965, Mermelstein, et al, 1986).

وتعد البحوث التي تقوم هذا الأسلوب محدودة جدًا، ونتائجها غير متسقة يرجع ذلك لأسباب عدة، منها: اقتصار تعامل أغلب هذه البحوث مع المساندة الاجتماعية في ضوء بنائها (مثل: العضوية في جماعة ما) أكثر من التعامل مع وظيفتها، وكون أنساق هذه المساندة مصطنعة بدرجة كبيرة لا تناسب ضروب السلوك اليومية المعتادة لمعظم الأفراد، بالإضافة إلى ضيق الوقت الذي يستغرقه التعرض لبرنامج المساندة الاجتماعية لمنع التدخين بالمقارنة بالبيئة الاجتماعية الطبيعية التي يحدث فيها التدخين (السلوك المطلوب تغييره)، يضاف إلى ذلك عدم النظرة إلى تغيير سلوك التدخين في إطار نموذج متعدد المراحل، يتم التدرج فيه من مرحلة لأخرى حتى يمكن تحقيق الهدف وهو الامتناع طويل المدى نتيجة التعرض له. فهذا النموذج يتعامل مع عملية الامتناع باعتبار أنها تشمل عدة مراحل قابلة للتحديد وهي:

ما قبل المحاولة حيث لا يوجد تفكير في الامتناع - والتفكير الجاد في الامتناع خلال الأشهر القادمة والتوقف الفعلي عن التدخين أو النية لذلك خلال شهر- والمحافظة على الامتناع لمدة ستة أشهر، ولكل مرحلة منها متطلبات التدخل الملائمة.

٦- برامج الصحة العامة:

يعاب على الأساليب المشار إليها سلفًا تكلفتها الاقتصادية المرتفعة الناتجة عن التركيز على فرد واحد معتمدًا على نموذج «الطبيب - المريض» الذي يتم من خلال علاقة مواجهة حيث يتم تعريض المدخن لإجراءات مكثفة تختلف باختلاف الأساس النظري لكل معالج، مما أدى إلى ابتعاد أكثر من ثلثي - كما تكشف البحوث- الراغبين في الامتناع عن التدخين عن الانضمام لجلسات منع التدخين من خلال أحد تلك الأساليب، لذلك لجأ الباحثون إلى تعريف المدخن بأساليب يمكنه التعامل معها بمفرده دون الحاجة لمعالج متخصص أو للانضمام إلى برنامج معين، وتتمثل هذه الأساليب في:

(أ) طبع الأساليب الخمسة السالف ذكرها في كتيبات أو تسجيلها على أشرطة (كاسيت) يمكن للمدخن الراغب في الامتناع أن يقرأها (أو يستمع إليها) وقتما شاء وأينما شاء، ولا توجد بحوث تقوم هذا الإجراء.

(ب) أسلوب آخر، يتمثل في تقديم تلك الأساليب المقننة من خلال تخاطب بالمواجهة يستهدف جماعة بعينها، توضع خصال أفرادها في الحسبان، وتكشف نتائج البحوث عن فعالية نسبية لهذا التقديم، لكنها أقل كثيراً من فعالية تقديم تلك الأساليب بشكل فردي وفق نموذج «الطبيب - المريض) ويرجع ذلك إلى الاختلاف بين الموقفين: موقف العلاج في العيادة- وموقف التخاطب بالمواجهة، والتأثير الناتج عن تفاعل خصائص المضمون مع خصائص سياق كل من الموقفين.

ويعد برنامج الخمسة أيام (بواقع جلسة يومية تستغرق ما بين ساعة ونصف الساعة وساعتين) أكثر برامج هذا الأسلوب شهرة والذي ذاع صيته منذ أواخر الستينيات، وهو برنامج يركز على تغيير الاتجاهات والمعتقدات المحبذة للتدخين والمتعلقة بآثاره الانسحابية.

وتتمثل خطوات هذا البرنامج في أن يقرر الفرد تحديد يوم يقوم فيه بالامتناع عن التدخين، ويهيئ نفسه لاستقبال هذا اليوم وبشكل متدرج على مدى خمسة أيام تسبقه كما يلي:

* اليوم الخامس قبل يوم الامتناع:

- فكر في دواعي امتناعك عن التدخين.

- أخبر أقاربك وأصدقاءك بموعدك هذا.

- توقف عن شراء السجائر.

* اليوم الرابع قبل يوم الامتناع:

- انتبه: متى تدخن، ولماذا؟

- فكر في شيء تضعه بين أصابعك بديلاً للسجائر.

- فكر في عاداتك المرتبطة بالتدخين وينبغي تغييرها.

* اليوم الثالث قبل يوم الامتناع:

- فكر فيما تنفق المال الذي كان مخصصًا لشراء السجائر.

- فكر فيمن تلجأ إليه عندما تحتاج المساعدة.

* اليوم الثاني قبل يوم الامتناع:

- يمكنك شراء بديلات النيكوتين، أو استشارة الطبيب في ذلك.

* اليوم السابق مباشرة على يوم الامتناع:

- تخلص من السجائر والثقاب.

- نظف ملابسك من رائحة تدخين السجائر.

* يوم الامتناع عن التدخين:

- احرص أن تكون مشغولاً جدًا هذا اليوم.

- ذكِّر أقاربك وأصدقاءك بأن هذا هو يوم بدء الامتناع عن التدخين.

- تلق معالجة أو افعل شيئًا ذا خصوصية.

* أنت الآن حر من التدخين، وإذا حدث وعاودت التدخين، حدد موعدًا جديدًا، وأعد الكرة مع الاستعانة بمجموعة تساندك في ظل تناول أكل صحي وممارسة تمارين رياضية .

(www. Surgeongeneral. gov. Tobacco/ 5 day book)

ويصعب الاعتماد على نتائج هذا البرنامج لعدم إمكانية المقارنة بين المتعرضين له والمجموعات الضابطة، كما أن معدلات الامتناع تستند إلى تقرير

ذاتي (أي أن يذكر الفرد أنه قد امتنع) من الممتنعين، وهذا التقرير مشكوك فيه. وقد قدم هذا البرنامج في مصر خلال شهر نوفمبر عام ١٩٨٦ حينما زارها «أرتوا شميث» رئيس جمعية الاعتدال الدولية لمكافحة المسكرات والتدخين.

(جـ) بث حملات تدعو - من خلال وسائل الإعلام وخصوصًا التليفزيون - إلى الامتناع عن تدخين السجائر بعرض متكرر لرسائل مضادة للتدخين تتضمن معلومات تصف مدى خطورته، وتبين أسبابه ومترتباته، وتصف- أيضًا- كيفية تجنبه، ويتم التعبير عنها بنبرة انفعالية لا تخلو من حقائق أو أدلة واقعية تبرز الآثار المترتبة على عدم تبني توصيات هذه الرسائل. وكلما تضمنت هذه الحملات تخويفًا شديدًا من أضرار التدخين، كلما كانت فعالة، فبعد ثلاثة شهور من التعرض لها أدى المستوى المرتفع من التهديد إلى معدل امتناع ٢٢٪ في مقابل ٧٪ للمستوى المنخفض ١٨٫٨٪ في مقابل صفر بعد سنة من هذا التعرض.

وتبرز البحوث أن هذه الفعالية للمستوى المرتفع تتمثل في:

- سرعة تأثر الأفراد بالتهديد المتضمن في الرسالة.
- اتجاه ونية سلبية نحو موضوع التهديد (تدخين السجائر).
- اتجاه ونية إيجابية نحو الفعل الذي يخفض مستوى الخوف (الامتناع عن التدخين).

أي أن الرسائل الأكثر تهديدًا (ذات المستوى المرتفع من الخوف المستثار) تستثير- بالمقارنة بالرسائل الأقل تهديدًا- عددًا من الظروف النفسية الضرورية لإنقاص معدل إصدار السلوك الخطر (التدخين)، ومع ذلك يذكر الأفراد تأثيرًا في معتقداتهم ونياتهم للفعل في المستقبل، ولا يبدون هذا التأثير فيما يفعلونه الآن فعلاً.

لذلك يوصي الباحثون بضرورة أن تركز الرسالة على السلوك غير المرغوب (عدم التدخين) وعلى الأفعال المفصَّلة التي تمكن الفرد من تنظيم الظروف الخارجية المشجعة على التدخين للتحكم في سلوك التدخين فالبحوث تبين أن من تلقوا رسائل تبرز هذه الأفعال قد أظهروا إنقاصًا واضحًا في معدلات تدخينهم أثناء تتبعهم لمدة ثلاثة شهور، وكان تقديم هذه الأفعال بمفردها- دون إثارة الخوف- غير فعال، وهو ما يؤكد حاجة هذه الحملات الإعلامية إلى برامج توعية ذات مضمون عياني- وليس من خلال مفاهيم مجردة- يوضح متى وكيف يكون الامتناع عن التدخين.

ويعد افتقار الحملات التي تبنتها وسائل الإعلام في الفترة الماضية إلي مثل هذا المضمون أحد أسباب فعاليتها المحدودة، ويضاف إليه اختلاف الاستجابة لهذه الحملات باختلاف المتغيرات التي قد يتضمنها موقف الاستمالة Persuasion وهو موقف شديد التعقيد يتسم بالتفاعل المتبادل بين متغيراته، مما يستوجب أن يوضع في الحسبان عددًا كبيرًا من متغيرات المصدر ورسالته ومن يتلقاها والسياق الذي تقدم فيه(*) .

(د) اتباع عادات صحية:

تكشف دراسات عدة أن هناك علاقة سلبية بين التدخين والسلوك الغذائي والحركي؛ إذ يقترن معدل التدخين المرتفع بسلوك غذائي غير صحي (من حيث كمية الوجبة وتكرارها) وبممارسة أقل لتمارين رياضية (Wilson; Smith; Speizer, et al, 2004).

وفي هذا الصدد يقول «لينس بولنج» - أستاذ كيمياء أمريكي- أن أفضل وسيلة للإقلاع عن التدخين هي أن يتناول المدخن برتقالة كلما شعر برغبة

(*) قدم كل من: عبد المنعم شحاتة (١٩٨٨؛ ١٩٩٥) وماكجواير، McGuire (١٩٨٥) عرضًا لهذه المتغيرات، والتفاعل بينها وبين آثار خوف المتلقي والتفسيرات المقدمة لفعالية هذه الآثار.

ملحة في التدخين. ففي تجربة تبين منها أن تناول البرتقال بانتظام لمدة ثلاثة أسابيع يساعد على الإقلاع فقد أقلع فعلاً ٢٠٪ من المشاركين في التجربة وخفض ٧٩٪ منهم عدد السجائر المدخنة يوميًا. (مجلة نصف الدنيا، ع.٧٧٧ في ٢/١/٢٠٠٥ ص ص ١٣٦ - ١٣٧).

تقويم أساليب الامتناع السابقة:

خلاصة القول أن علماء النفس حاولوا توظيف بعض نظريات التعلم (مثل: التشريط الكلاسيكي والتشريط الأدائي... إلخ) في تطوير أساليب تمكنهم من مساعدة المدخنين على الامتناع عن التدخين. ومع إن نتائج البحوث تكشف عن تناقص واضح في معدلات التدخين أثناء التعرض لهذه الأساليب، إلا أنها تكشف أيضًا عن معدلات انتكاس مرتفعة نسبيًا؛ إذ تنجح هذه الأساليب في مساعدة المدخنين على الامتناع، لكنها تفشل في مساعدتهم على استمرار امتناعهم، كما لا توجد فروق ملحوظة بين البرامج المختلفة في معدلات الامتناع أو الانتكاس هذه، على الرغم من الاختلاف بين تلك الأساليب- وكما سبق التوضيح- في المبادئ النظرية، وإجراءات الأداء..

ومن أهم أسباب الفعالية المحدودة لهذه الأساليب:

أولاً: إغفالها عددًا من المتغيرات والعمليات النفسية الاجتماعية، خصوصًا القيم والمعايير الاجتماعية، المعقدة التي تتوسط بين التعرض لأحد- أو أكثر- هذه الأساليب والاستجابة لها، فمثلاً لم يوجه الانتباه إلى دور متغيرات مثل العمر والتعليم والنوع... إلخ في معدلات الانتكاس المرتفعة وسريعة الظهور، أو حتى في مدى إكمال المدخنين، أو عدم إكمالهم، التعرض لأحد - أو أكثر - هذه الأساليب (Leventhal, et al., 1985).

ثانيًا: لم تضع هذه الأساليب في حسبانها الفروق الفردية بين المدخنين في درجة الأعماد على «النيكوتين» مثلاً أو في تحديد- قدر الإمكان- دلالات

التدخين ومعناه والوظائف التي يقدمها لكل مدخن، وخصوصًا وأن معلوماتنا عنها ضئيلة وذات طبيعة ارتباطية غالبًا، كما أن القليل من الانتباه يوجه لدراسة الآليات الأساسية - الاجتماعية والنفسية والفسيولوجية- التي تجعل من الشخص غير المدخن منتظمًا في التدخين والتي تسهم في فشل محاولاته للامتناع (Hirschman, et al, 1984).

ثالثًا: تركز الأساليب السابق الإشارة إليها على أضرار التدخين، دون أن تبرز فوائد عدم التدخين، على الرغم من أهمية ذلك؛ إذ تؤكد البحوث (Leventhal & Cleary, 1980) أن الأفراد لا يتخذون قرارًا بالامتناع عن التدخين خوفًا من مترتباته فحسب، بل أيضًا- لتوقعاتهم المتزايدة بمزايا عدم التدخين.

رابعًا: أضف إلى ذلك صعوبة منهجية تواجه بحوث تقويم فعالية أساليب تعديل سلوك التدخين، تتضح في صعوبة التحقق من صدق هذه الفاعلية، فأسلوب التقرير الذاتي (أي أن يذكر الفرد إنه قد امتنع) مشكوك فيه، لذا يتطلب الأمر الاستعانة بمؤشرات فسيولوجية تتمثل في إجراء تحليل دوري منتظم للزفير وللبول (كل ١٢ ساعة؛ إذ يختفي «النيكوتين» من بول المدخن بعد مرور اثنتي عشرة ساعة على تدخين آخر سيجارة) وللدم (كل ٣٠ ساعة) (Jarvik 1979)، كما توجد صعوبات منهجية أخرى تتمثل في عدم انتظام المتابعة وعدم تصنيف الممتنعين حسب نوع التبغ (المنتج) ومدة الامتناع والدافعية له (Licktenstein & Glasgow, 1980).

خامسًا: وأخيرًا تؤكد البحوث (Pechacek, 1979) أن ثلث الراغبين في الامتناع عن التدخين هم الذين ينضمون لبرامج منع التدخين (فردية كانت أو جماعية)، وأن بعضهم لا يكتمل تعرضهم للبرنامج الذي اختاروه، إذ ينصرفون عنه قبل إتمامه، وهو ما يدعو إلى إجراء بحوث تحدد أي الأساليب

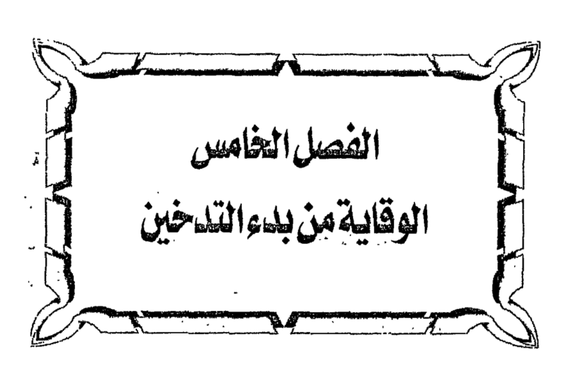
أكثر جاذبية للراغبين في الامتناع عن التدخين، ثم طبع الأساليب الأكثر جاذبية في كتيبات أو تقديمها عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية بشكل يتيح لهؤلاء الراغبين تعلم خبرة الامتناع.

ومع كل ما سبق، مازالت الحاجة ماسة لبرامج تعديل سلوك التدخين حيث لازال هناك:

(أ) نسبة لا يُستهان بها من المدخنين بكثافة والمعتمدين على النيكوتين يحتاجون لتدخل مركز.

(ب) مازال المنحى العيادي في تعديل سلوك التدخين يقدم نفسه باعتباره يتصف بالتوجه العلمي المنظم (Shifman, 1993).

(جـ) يمكن زيادة فعالية هذا المنحى بتحقيق التكامل بينه وبين منحى الصحة العامة، وتوظيف التفاعل بين عناصر المنحيين لزيادة فعالية التدخل لمنع التدخين. أضف إلى ذلك إمكانية زيادة هذه الفعالية بواسطة استخدام أدوات فحص صادقة قابلة للتطور، وتحقيق فهم أفضل للمجالات الأساسية التي نستعير منها برامج التدخل (المرجع نفسه).



الفصل الخامس

الوقاية من بدء التدخين

الفصل الخامس

الوقاية من بدء التدخين

أهمية الوقاية من بدء التدخين:

منذ اكتشاف علاقة تدخين السجائر بالعديد من الأمراض صعبة العلاج مثل السرطان وأمراض القلب، تتزايد الرغبة في الامتناع عنه، ليس كوسيلة للحد من انتشار هذه الأمراض فحسب، وإنما - أيضًا- للتقليل من مصادر تلوث البيئة الذي يهدد الحياة على الكرة الأرضية.

ولتحقيق هذه الرغبة، سعى علماء النفس إلى تصميم وتطوير أساليب تمكنهم من التحكم في سلوك تدخين السجائر، وتركز هدفهم - في البداية- في إعداد برامج تدخل فردي Interventions تساعد المدخنين على الامتناع تمامًا عن التدخين، وأدى فشل هذه البرامج في تحقيق الامتناع طويل المدى إلى تزايد الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين، وضرورة تصميم وتطوير برامج تحقق هذه الوقاية؛ لأن الوقاية من الخطر (أي: محاولة منع وقوعه) أفضل كثيرًا من محاولة إنقاصه إذا وقع وإن وقاية الصغار أكثر فعالية من وقاية الكبار.

ويتم الاهتمام بالوقاية من بدء التدخين في إطار تطور جديد في علم النفس، حيث أدى فشل نماذج التدخل الفردي (مثل: العلاج السلوكي وتعديل السلوك) في تخفيض حدة مشكلات الصحة العقلية إلى ضرورة نقل حلبة التدخل من مستوى الفرد إلى مستوى المجتمع بتطوير برامج تسعى لتقليل معدل الإصابة بالاضطرابات المختلفة (هند طه، Heller, et al,١٩٨٨

1987;) ويشكل هذا الاهتـمام أحدث فـرع في علم النفس المعاصـر، يسمى علم نفس الصـحة Health Psychology أو طب السـلوك Behavionr Medicine وهو فرع يهتم بدراسة نمطين من السلوك، ومحددات كل منهما:

النـمط الأول: هو ضروب كل من السلوك الصحي والسلوك الخطر أو الأفعال التي تقي من المرض أو تسببه، مثل تناول وجبة متوازنة، والبحث عن الرعـاية الطبيـة، وتعـاطي المواد المـؤثرة في الأعـصـاب كـالسـجـائر والمخدرات. . . إلخ.

النمـط الثـاني من الـسلوك: هو كيـفيـة التعايش مـع المرض، مثل الاستـجابة الانفـعاليـة المترتبـة على التشـخيص، أو اخـتيار العـلاج الطبي المناسب، أو تعلم وممارسة العادات الصحية التي تجعل الحياة خالية من المرض (Leventhal, 1986).

وتعد الوقاية أهم مجالات الفرع الوليـد، وتمت استعارة هذا المفهوم من ميدان الصحة العامة في السبعينيات، فقبل ذلك أهمل علم النفس هذا المجال على أساس أن العلاج النفسي الفردي هو الطريقة الوحيدة لمساعدة الأشخاص على التـغلب على مـشكلاتهم المخـتلفة، إلا أن نـظـريات الصحـة العامـة المعـاصرة ترى عكس ذلك، فـإذا كـان العلاج النفـسي الفـردي يستـهدف مساعدة مريـض بمفرده، فإن برامج الوقايـة تستهدف مجـموعة من الأفراد، كما أن العلاج النفسي الفردي يتعامل مع العامل المرضي Pathological Agent فقط، بـينما ترى برامج الوقـاية أن المرض لا يرجع إلى هذا العامـل وحده، وإنما يرجع لـلتـفـاعل بينـه وبين كـل مـن الشـخـص (بمعـتـقـداته ومشاعره. . .إلخ) المبتلى به، والبيئة (الفيزيقـية والاجتماعية) التي يعيش فيها هذا الشـخص، وتتم الوقـاية الفعـالة من خـلال تعديل كل واحـد من هذه العناصر الثلاثة (Heller, et al, 1988: 174- 178; Leventhal, et al, 1985).

وتشير الوقاية إلى توظيف المعرفة العلمية - سواء كانت نظرية أو عملية- في تخطيط وتنفيذ البرامج التي تهدف إلى كل من:

١- إنقاص معدل حدوث المرض، بإنقاص عدد الحالات الجديدة التي يمكن أن تصاب به، وتسمى برامج الوقاية التي تسعى لتحقيق هذا الهدف بالوقاية الأولية، وفي ضوء ذلك، فإن البرامج التي تسعى لمنع الفرد من بدء التدخين بالحيلولة بينه وبين تدخين أية سيجارة تندرج تحت عنوان الوقاية الأولية.

٢- تقليل أمد المرض، بمواجهته في مراحله الأولى، قبل أن ينتشر ويحدث أضراراً بالغة، وتسمى البرامج التي تسعى لتحقيق ذلك «برامج الوقاية الثانوية» وعلى هذا الأساس فإن البرامج التي تسعى إلى مساعدة الذين جربوا تدخين السجائر على عدم تكرار محاولتهم، تندرج تحت هذا النوع من الوقاية.

٣- تقليل الأضرار التي يحدثها المرض عندما لا تنجح برامج الوقاية في مواجهته أثناء مراحله المبكرة، فتعمل على تقليل أضراره إلى أدنى درجة ممكنة وتسمى البرامج التي تسعى لذلك ببرامج الوقاية من المستوى الثالث، وتعد برامج التدخل لتعديل سلوك التدخين- والتي سبق عرضها في الفصل الرابع- من برامج هذا النوع من الوقاية.

ولأن البحوث (عبد المنعم شحاتة ١٩٨٨، ١٩٨٩؛ هند طه، ١٩٨٤؛ (Biglan, et al, 1985; Evans, 1976; Fishbein, 1982) تؤكد أن الاتجاه المحبذ للتدخين محدد مهم ودافع قوي لبدء تدخين السجائر واستمراره وتبريره، ولأن الاتجاه مدخل رئيسي يمكن تعديل السلوك من خلال تغييره (Eagly & Hemmelfarb, 1978) إذ يتضمن تعريف الاتجاه السليم بأنه يحث الفرد على إصدار سلوك نحو أو ضد موضوع الاتجاه (عبدالمنعم شحاتة، ١٩٨٩ب)،

فإن تغير اتجاهات المراهقين المحبذة لتدخين السجائر، واستبدال هذه الاتجاهات بأخرى منفرة تساعدهم على رفضه ومقاومة المؤثرات المشجعة له، تعد أحدث وأهم الطرق الوقائية الأولية التي يمكـن أن تقلل من أعداد الذين يقدمون على بدء التـدخين، ويتوقع أن يرتبط نجـاح أسلوب تغيـير الاتجـاه نحو التـدخين بالوقاية من بدء التدخين والتي تعد أهم الطرق الفعالة لإنقاص معدل الإصابة بالعديد من الأمراض المرتبطة أو المترتبة على تدخين السجائر.

التخاطب كوسيلة للوقاية:

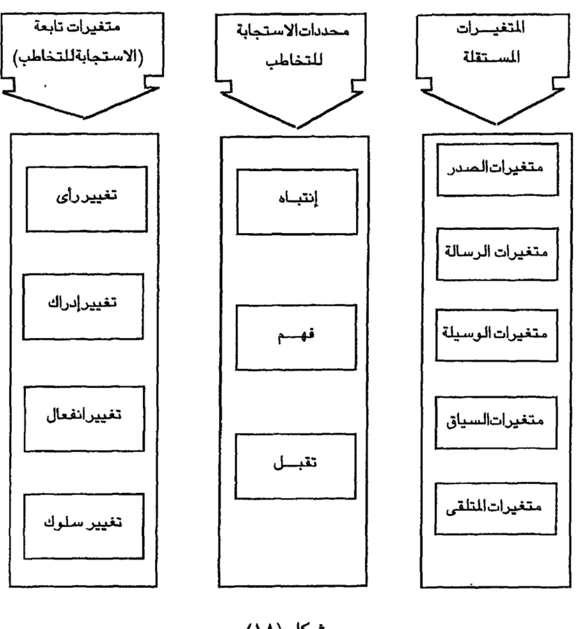
ويتم تغييـر الاتجاه المحبذ للتدخين - أي الوقـاية من بدء التدخين- من خلال أساليب الاتصـال (التخاطب) المختلفـة، والتخاطب Communication هو عملية إرسال واستقبال مـعلومات وإشارات أو رسائل ورموز، يتم تبادلها بين الأشخـاص بطريقة مبـاشرة(*) ويشمل موقف الـتخاطب عدة متـغيرات تتفاعل فيما بينهـا وتتبادل التأثير، فأي تغيير بأحدها يؤدي لتـغيير في العملية كـكـل(**)، ويوضح الشكل (١٨) هذه المتغيرات الـتي يمكن تصنيفها إلى ثلاث فئات هي:

(أ) متغـيرات مستـقلة أو منبهات: وتشمـل متغيرات المصـدر والرسالة والسياق الذي يقـدم فيه التخاطب، الوسيلة التي يقـدم من خلالها، والمتلقي الذي يتلقاه.

(ب) محـددات الاستجـابة للتخـاطب التي تشمل العمـليات المعرفـية الوسيطة بين تلقي الـرسالة والاستجـابة لها كإدراك وتقـويم الرسالة وتعلم واستعادة مضمونها.

(*) أورد هذا التـعريف (نقـلاً عن: English & English, 1985) الدكتور عبد الحليم محمـود السيد (١٩٧٩: ١١٧).

(**) لمزيد من التفصـيل حول هذه المتغيرات والفعالية النسبية لكل منها كما تكشف عنها نتائج البحوث، انظر: عبد المنعم شحاتة، ١٩٨٥: ١٢ - ١٦؛ ١٩٩٥؛ McGuire, 1985).



شكل (١٨)
متغيرات موقف التخاطب

(جـ) المتغيرات التابعة أو الاستـجابة للتخاطب أي تبني ما يدعو إليه أو مقاومته.

وتعد هذه الاســتجابة دالة التـفاعل بين العوامل الســابقة - أي أ، ب- بالإضافة إلى العوامل التي لم تكتشف حتى الآن (Janis & Havland, 1959).

وفي ضوء نظم معالجة المعلومات بواسطة الحاسب الآلي، عدل هذا التصنيف حتى يمكن استخدامه كإطار تصوري لوصف تأثير متغيرات التخاطب المستقلة (مدخلات) على الاستجابة للتخاطب ومحدداتها (مخرجات) والتي تمثل مراحل الاستمالة Persuasion وتشمل اثنتي عشرة عملية وسيطية هي:

الرغبة في التعرض للتخاطب- والانتباه له- والاهتمام به - وفهم مضمونه- وتوليد معارف تتعلق به- واكتساب مهارات تناسبه- والاتفاق مع الموقف الاتجاهي الذي يدعو إليه- وتخزين هذا الاتفاق (أي التغير في الاتجاه) في الذاكرة- واستعادته منها- واتخاذ قرار بناء على ما تم استعادته- والفعل طبقًا لهذا القرار- والفعل بعد التمسك بالموقف الاتجاهي الجديد (McGeuire, 1985).

هذا عن متغيرات التخاطب، أما أنواعه فيمكن التمييز بينها في ضوء أبعاد معينة مثل:

أولاً: من حيث تواجد المصدر والمتلقي معًا في الزمان والمكان وإمكانية مساهمة المتلقي مساهمة فعالة في الموقف، نجد نوعين:

(أ) تخاطب شخصي أو مباشر أو بالمواجهة Face To Face حيث يمكن أن يساهم المتلقي مساهمة فعالة كما في: الخطابة - تعليمات مدير لعماله أو مدرب لفريقه... إلخ.

(ب) تخاطب غير مباشر، حيث لا توجد فرصة لمساهمة المتلقي في تشكيل الرسالة كالتخاطب من خلال وسائل الإعلام الجماهيرية: صحافة- وإذاعة- وتليفزيون- وسينما.

ويعد النوع الأول تخاطبًا في اتجاهين مما يتيح للمتلقي فرصة المشاركة في تشكيل الرسالة، ويمكّن المصدر من تلقي عائد عن فهم الجمهور لرسالته، وبالتالي يحدد مدى حاجتها لزيادة التوضيح، وهو ما يفتقد إليه النوع الثاني الذي يعد تخاطبًا في اتجاه واحد فقط.

ثانيًا: من حيث المادة الرمزية التي تكون منها مضمون التخاطب، نجد نوعين:

(أ) تخاطب لفظي . (ب) تخاطب غير لفظي.

ولا توجد وظائف لهذا النوع من التخاطب، وأخرى لذاك، وإنما يتفاعلان معًا بحيث يتكاملان، ولاسيما إذا تناول التخاطب موضوعًا ذا بطانة Involved وجدانية، حيث تلعب الهاديات غير اللفظية دورًا بارزًا في تحديد إطار الرسالة وفكرتها العامة، وتكشف عن اهتمامات واتجاهات مصدرها، وتنظيم مخاطبته للمتلقي أو مخاطبة المتلقي له (إذا كان تخاطبًا بالمواجهة) وتضفي بُعدًا إغرائيًا على هذه المخاطبة (Jamesion, 1985: 158; Knapp, 1980: 11-12, 220)

ويعد الكشف عن فعالية الرسائل التي صممت بهدف إثارة خوف المتلقي أكثر مجالات البحث في ميدان التخاطب ارتباطًا بإعداد برامج الوقاية من بدء التدخين، وتتكون هذه الرسائل من جزءين رئيسيين:

١- معلومات تصف مدى خطورة سلوك يصدره الفرد وتشمل هذه المعلومات أسباب إصدار هذا السلوك ومترتباته.
٢- معلومات تصف كيفية تجنب هذا السلوك الخطر، أي التوصيات التي تقدمها الرسالة.

ويتم التعبير عن المعلومات المتضمنة في الجزءين بنبرة انفعالية لا تخلو من حقائق أو أدلة واقعية عن الإثارة المترتبة على عدم تبني توصيات الرسالة .(Leventhal, 1970)

وتكشف البحوث(*) أن مستوى الخوف المرتفع أكثر فعالية من المستوى المنخفض، وتتمثل هذه الفعالية في كل من:

(*) عرض نتائج هذه البحوث كل من. ;Fishbein & Ajzen, 1975: 503; Leventhal, 1987 .1970; Leventhal & Cleary, 1980; Sution, 1982)

١- سرعة تأثر المبحوثين بالتهديد المتضمن في الرسالة.

٢- اتجاه ونية سلبية نحو موضوع التهديد (تدخين السجائر).

٣- اتجاه ونية إيجابية نحو الفعل الذي يخفض مستوى الخوف (الامتناع عن التدخين).

أي أن الرسائل الأكثر تهديداً تستثير- بالمقارنة بالرسائل الأقل تهديداً- عدداً من الظروف النفسية الضرورية لإنقاص معدل إصدار السلوك الخطر، مع ذلك يظهر المبحوثون تأثيراً في معتقداتهم ونياتهم للفعل في المستقبل، ولا يبدون هذا التأثير فيما يفعلونه الآن فعلاً، لذلك يوصي الباحثون بضرورة أن تركز الرسالة على الأفعال النوعية المرغوبة (عدم التدخين)، والتي يمكن بها تجنب مترتبات الخوف المستثار والتي تمكّن المتلقي من تنظيم الظروف الخارجية المشجعة على تدخين السجائر، كما يجب أن تحدد الرسالة مدى حدوث الحدث المؤلم- الذي تهدد به الرسالة- إذا لم يقبل المتلقي توصياتها.

ويذكر الباحثون أن عدداً من المتغيرات يزيد من فعالية مستوى الخوف المرتفع، منها: - وضع توصيات الرسالة في نهايتها- وكون المتلقين مرتفعي الدرجة على مقياس تقدير الذات- وكون الرسالة تتناول موضوعات صحية أكثر خطورة- وكون هدف الرسالة هو تغيير اتجاه المتلقي، وليس تهيئته لمقاومة الدعاية المضادة- ومدى الوقت الفاصل بين عرض الرسالة والقياس البعدي، فكلما قصر هذا الوقت زادت الفاعلية، وذلك لتلاشي آثار الخوف بمرور الوقت.

خلاصة القول: إن البحوث تكشف عن فعالية نسبية لمنع الأفراد من إصدار سلوك خطر صحيًا (كالتدخين) عن طريق تغيير اتجاهاتهم المحبذة لهذا السلوك من خلال التلويح بمترتباته المستهجنة والمؤلمة، وإن هناك عدداً من المتغيرات تلعب دوراً معدلاً لهذه الفعالية، وهي فعالية يرى بعض الباحثين

أنهـا لا ترجع إلى إثارة الخـوف بقـدر ما ترجـع إلى عوامل أخـرى (مـثل: التشريط- قابلية الاتجاهات للتغير نتيجة التوقع أي تغيير عابر. . .إلخ). اختلفوا في تحديدها(*) .

بحوث الوقاية من بدء التدخين:

وهكذا وظف تراث بحوث تغيير الاتجـاه من خلال التخاطب، والمبادئ النظرية التي كشفت عنها، في وقاية المـراهقين من بدء التدخين بواسطة تغيير اتجاهاتهم المحبذة للتدخين والمشجعـة على بدئه واستمراره بأخرى تساعد على رفضه واستهجانه، وتكتسب هذه الوقـاية أهميتها في ظل فشل برامج الامتناع عن التدخين في تحقيق أهدافها؛ إذ تظهر المراجعات لهذه البرامج أنه:

١- يرغب أغلب المدخـنين في الامـتناع عن التـدخين (تقـدِّر إحـدى المراجعـات بـ ٨٠٪ (Sabol, et al, 1999)، ومعظمـهم حاول ذلك بنفسه أو بمساعدة من هذه البرامج.

٢- تُحدث هذه البرامج التغيير في سلوك التدخين على مراحل تشمل: ترجمة الرغبة في الامتناع أي توقف فعلي عن التدخين- ترسيخ هذا التوقف (الامتناع لمدة شهر)- المحافظة على استمرار الامتناع (Blan-chard, 1994).

٣- فعالية هذه البرامج منخفضـة، إذ معدل معاودة التدخين بعد امتناع ناتج عن تلقيها يصل إلى ٨٠٪ حتى في ظل استخدام برامج جيدة التخطـيط أو حتى في حال مـزاوجتـها إما مع بدائـل بيوكيـميـائية للنيكوتين، وإمـا النيكوتين الممضـوغ (العلكة) Gum، وإمـا تقنيـة

(*) لمزيد من التفصيل حول فعالية الرسائل المثيرة لخوف المتلقي، والدور المعدل لبعض المتغيرات في هذه الفعالية، والتفسيرات النظرية المطروحة لها، انظر: عبد المنعم شحاتة، ١٩٩٥؛ ١٩٨٨: ٢٦ - ٣٦ .

إعطاء النيكوتين عن طريق الجلد Transdermal (Shfman, 1993)، مما يمثل فشلاً لهذه البرامج.

ويرى الباحثون أن أحد أسباب هذا الفشل هو التأكيد المتزايد لدور الوراثة في سلوك التدخين- وما يماثله من ضروب الاعتماد المختلفة الضارة بالصحة- فالبحوث تبرز مؤشرين لهذا الدور:

أ- يمثل أولهما أدلة تثبت أن العامل الوراثي مسئول عن تفسير ما بين ٥٠٪ و ٧٩٪ من تباين سلوك التدخين، وقد استمدت هذه التقديرات من دراسات أجريت بمشاركة توائم متماثلة؛ أجرى لبعضها - وتشمل ألف زوج من هذه التوائم - تحليل التحليلات (Metaanalysis) (Heath & Hadden, 1995; Lerman et al, 1999).

ب- ويشكل المؤشر الثاني ما كشفت عنه بحوث أجريت مؤخراً عن علاقة بين تغييرات في تركيز الدوبامين Dopamine (بسبب صبغية ناقلة تسمى SLC6A3-9) ونقص الرغبة في التدخين، وتشير البحوث إلى مصدرين لهذه العلاقة:

١- تفاعل هذه الصبغية مع صبغية DRD2-A2؛ إذ يؤكد تحليل الانحدار لبيانات من مدخنين (عددهم ٢٨٩ فرداً) وغير مدخنين (٢٣٣) وجود هذا التفاعل، وأنه يزيد احتمال كون الفرد غير مدخن، وإذا حاول التدخين، فإن محاولته تكون بعد سن ١٦ سنة (Lerman, et al, 1999).

٢- أن التغييرات في الدوبامين (بسبب صبغية SLC6A3-9) ترتبط بانخفاض الميل إلى البحث عن الجديد، هذا الميل الذي يرتبط ارتفاعه ارتباطًا شديداً بالرغبة في التدخين نتيجة إدراك أن السجائر

تقـدم هذا الجـديد (Sabol, et al, 1999)، لذا ينـظر المدخنـون إلى النيكوتين كوسـيلة للتحكم في حالتهم المزاجـية والاحتفـاظ بشعور عادي، إنه وسيلتـهم للتخلص من الشعور السيئ الذي ينتابهم بين تدخين سيجارة وأخرى (Parrott, 1999).

ويرى باحثون آخرون أن معاودة التدخين بعد امتناع عنه ترجع في المقام الأول إلى عوامل السياق النفسي الاجتـماعي المحيط بالمدخن، فنادرًا ما يعاود الممتنع التدخين أثناء العمـل، أو هو بمفرده، وإنما في ظل وجود آخرين الذين يقدمون السيجارة غالبًا ويمارسون ضغوطًا لتدخينها (انظر الفصل السابق).

وأيًّا كان سبب الانتكاسة أو معاودة التدخين بعد امتناع عنه لفترة، فإنه مظهـر لفشل برامج مـساعدة المدخنين هـذه، وأدى هذا الفشل إلى الاهتـمام بالوقاية من بدء التدخين.

وهكذا وظف تراث بحوث تغيير الاتجـاه من خلال التخاطب، والمبادئ النظرية التي كشـفت عنها، في وقاية المراهقين من بدء التـدخين وكانت بداية هذا التوظيف هي جهـود متفرقة وغيـر منظمة قام بها أوائل سبعـينيات القرن العشـرين بعض المهتـمين بقضايا الـصحة والتـربية الذين سعـوا إلى تبصـير المراهقين بأضـرار التدخين الصـحية، وقلل مـن قيمـة هذه الجهـود افتـقارها للتقويم العلمي (Flay, 1985)، وفي الربع الأخير من القرن العشرين انتظمت هذه الجهود وتنامت، وفي هذا السياق نشـير إلى نموذجين أحدهما: أمريكي، والآخر مصري.

أولاً: النموذج الأمريكي للوقاية من بدء التدخين:

ويعد الأكثر نجاحًا(*) إذ كانت التقديرات لنسبة المدخنين من الشباب هي ٥١,٦٪ بين الذكـور و٣٤٪ بين الإناث؛ إذ بها في مـسح أجري عام ٢٠٠١ تنخفض إلى ٢٩,٢٪ و ٢٧,٧٪ على التوالي.

ومنذ سنة ١٩٧٨ تعـددت برامج الوقاية من بدء التـدخين ونشطت بحوثها حتى أمكن تقسيمها إلى أجيال:

١- يمثـل **الجـيل الأول** البحث الرائد في هذا المجال الذي حـاول فيه «إيفـانز» Evans وزمـلاؤه (١٩٧٨) توظيف نموذج التحـصين In-oculation الذي طوره «مـاكجوايز» مـن خلال المماثـلة بين مقـاومة التعـرض لتخاطب مـعارض وتحصـين الجسم ضد الأمـراض بحقنه بفيـروسات ضـعيـفة تحثـه على تكوين مـضادات حيـوية تمكنه من مواجهة نفـس الفيروسات- القوية طبعًـا- إذا ما هاجمته مسـتقبلاً، واستـخدم «إيفـانز» وزملاؤه (بجامـعة هيـوستون - تـكساس) هذا الأسلوب كاسـتراتيجيـة لتنمية مـهارات المراهقين لمواجهة الضـغوط الاجتماعية والبيئـية المتمثلة- في رأيهم- في وجود نماذج يقتدى بها المراهقون، (سواء كانت هذه النماذج من الآباء أو الأقران أو تقدمها وسـائل الإعلام) التي تشـجع المراهقين على بـدء التدخين، حـيث طوروا برنامجًا مكونًا من أربعـة شرائط فيديو، مدة كل منهـا عشر دقائق، تتضمـن معلومات عن مضار التدخين قـصيرة الأمد، وآثاره على الآخرين، والتشجيع الناتج عن وجود مدخنين، وكيفية مواجهة هذا التشجـيع، مبرزًا مزايا عدم التدخين، ويـقوم بالتعليق على هذا

(*) ولا يمثل نجاحه هذا مبرراً لاستعارته، فلا يجوز نقل استراتيجية تدخل من مجتمع لآخر، إذ ما ينجح هنا لا يحقق النتيجة نفسها هناك، فلكل مجتمع خصائصه التي تحدد استجابة أفراده لبرنامج تدخل ما.

المضمـون مراهقـون غير مـدخنين- من نفس سن المبحـوثين- ويلي عرض كل فيلم تعرض المبحـوثين لموقف تمثيل أدوار تشبه تلك التي قدمها الفيلم، فيـقوم أحد المبحوثين بدور الزميل - أو الأب المدخن الذي يقتدي به الابن- الذي يعرض سيـجارة على شخص آخر يقوم بدور من يرفض تشجيعه، ويعقب هذا التمثيل مناقشة مفتوحة حول مضمون الفيلم.

وتكشف البيـانات التي جمعـها «إيفانز» وزمـلاؤه عن مستوى مـحدود لفعالية هـذا البرنامج في منع المراهقين من بدء التدخين، فبعد عـشرة أسابيع من القياس الـقبلي وجدوا أن ١٠٪ من أفراد المجـموعة التجريـبية (ن=٨٠) يدخنون فعلاً في مقابل ١٨٪ من أفراد المجموعة الضابطة (ن=١٠٤).

٢- ويبدو أن نجاح برامج الوقاية من بدء التـدخين يتطلب توظيفًا لمدى أوسع من المبـادئ النظرية في علم النفس، وهذا ما فـعله الباحـثون الذين تمثل برامجهم **الجيل الـثاني** لبحوث الوقاية من بدء التدخين مـثل: (Botvun & Eng, 1982)، فقد وظفـوا مبادئ مسـتمدة من نظريات: التعلم الاجتماعي- والعزو Attribution- والالتزام Com-mitment بإصدار سلوك ما- وأساليب التـعلم السلوكي (مثل: تمثيل الادّوار Role Playing والدعم والممـارسـة)، وذلك بالإضـافـة إلى نظرية التحصين التي وظفهـا الجيل الأول. وحققت برامج هذا الجيل نجاحًـا يفوق النجـاح الذي حقـقه الجيـل الأول، إلا أنه مازال دون المطلوب، وذلك لأنه لم يتدارك أوجـه القصور المنهـجي التي شابت بحوث الجـيل الأول، والتي منهـا: الاعتمـاد على الوحـدة (فصل دراسي أو مدرسـة مثلاً) كظرف تجـريبي واحد- ووجـود مشكلات تتعلق بصدق الأدوات المستخدمة لـتقويم التعرض للبرنامج- ووجود معدلات تسرب Attrition مرتفعة جداً.

٣- وهو ما سعت بحوث **الجيل الثالث** (مثل: Murray, et al, 1984) إلى تفاديه، والتي تتفـوق على مثيلاتها- فـي الجيلين السابقين- في درجة الارتقاء المنهـجي، فالظرف التجريبي الواحـد تضمن وحدتين (فـصلين أو مـدرستين عـلى الأقل)، حيث المـقارنة بين أكـثـر من مضمون - للبرنامج- ممكنة، بالإضافـة إلى تحقيق قدر من العشوائية في اختيار المبحوثين وتوزيعهم على وحدات التصميم التجريبي، مع ذلك فإن معدلات التسرب المرتفعـة مازالت مشكلة رئيسية تقلل من قيمة نتائج بحوث هذا الجيل.

٤- ويعد **الجيل الرابع** من بحوث (مثل: Best, et al) الوقاية من بدء التدخين أكثرها نضجًا سـواء من حيث الارتقاء المنهجي أو من حيث تعدد المبادئ النظرية التي اعتمد عليها الباحثون عند إعداد برامجهم، فبالإضافـة إلى المبادئ التي تم توظيفها في الأجيـال الثلاثة السابقة، فإن مبادئ اتخاذ القرار Decision Making وحل المشكلات Problem Solving قد وظـفت في برامج هذا الجيل، كـما اسـتعـان بعضـها بالمدرسين والآباء- بعد تدريبهم- وبالتليفزيون فـي تقديم مضمونها، كما تميـزت البحوث التي تقوِّمـها بارتقاء منهجي، بالمقـارنة ببحوث الأجيال الثلاثة السابقة، حـيث طالت مدة المتابعة (أكثر من سنتين)، وارتفعت معاملات الصدق الداخلي للأدوات المسـتخدمة لتقويم آثار التعرض للبرنامج، وتعددت وحدات (١١ فصلاً أو مدرسة) الظرف التـجـريبي الواحـد، كـمـا تم توزيع هذه الوحـدات على أسـاس عشوائـي، إلا أن هذه العشوائية لم تتـحقق بالدرجة المرجوة، كـما وجدت صـعوبات في تنفـيذ البرامج وفـقًا للتصـميم الذي وضـعه الباحثون، وواجهتهم صـعوبات أخرى عند التحكم في التفاعل بين

تلقي البرنامج وكل من القياسين السابق واللاحق له. كما أن معدلات التسرب مازالت مرتفعة.

٥- ويمثل **الجيل الخامس** لجهود الوقاية من بدء التدخين توجهًا قوميًا (أمريكيًا) واسعًا امتد ليشمل معظم الولايات بمؤسساتها الحكومية والأهلية؛ إضافة إلى هيئات اتحادية تتكامل جهودها سواء عند تخطيط حملات الوقاية أو تنفيذها أو متابعتها، وتتسم بحوث هذا الجيل بـ:

أ- الاعتماد على معلومات واقعية متجددة مستمدة من مسوح دورية كمسح سلوك المخاطرة بين الشباب (YRBS) ويجري كل عامين لمعرفة مدى انتشار تعاطي مادة ما- كالسجائر وغيرها- بين قطاعات الشباب، وكمسح اتجاهات الأمريكيين نحو هذه المواد، ويجري كل عام (Califano, 2003)، وكتقارير Surgean العامة (مثل تقرير: المرأة والتبغ SGR, 2001) . . وغيرها.

ب- إيجاد سياقات جماهيرية تتسم بالاستمرارية كدعوة مركز الإدمان Casa بجامعة كولومبيا جعل الاثنين الرابع من كل سبتمبر- ابتداء من سنة ١٩٩٦- مناسبة سنوية لتناول الطعام مع الأسرة، كجهد قومي بسيط وفعال لزيادة الارتباط الأسري وتسهيل تخاطب الأب- الابن، وذلك لأن البحوث التي أجراها المركز تظهر فروقًا جوهرية بين الذين يتناولون الطعام بانتظام مع أسرهم والذين لا يتناولون في سلوكيات التعاطي حيث يدخن من مراهقي الفئة الثانية ثلاثة أضعاف من يدخن في الفئة الأولى ويتعاطى ٧٢٪ من الفئة الثانية مخدرات محظورة قانونًا مقابل ٣١٪ من مراهقي الفئة الأولى الذين يتناولون الطعام مع أسرهم، وتكشف دراسات مؤسسات علمية

أخرى أن تناول الطعام وسط الأسرة يقلل احتمالات الانحراف ويرتبط إيجابيًا بتحسن الأداء الدراسي وعادات الطعام الصحية (www. casacolumbia. org).

وتشترك بحوث الأجيال الخمسة في خصائص عدة أهمها:

١- تشابه مضمون المعلومات المستخدمة لتغيير الاتجاه نحو التدخين، وتتضمن:

(أ) معلومات عن مترتبات تدخين السجائر طويلة الأمد على الصحة.

(ب) معلومات عن الآثار الفسيولوجية المباشرة لتدخين سيجارة واحدة مجرد سيجارة.

(ج) تصحيح المدركات الخاطئة الشائعة عن التدخين.

(د) مناقشة تأثير الأسرة والأقران ووسائل الإعلام، وطرق التعامل مع هذا التأثير.

(هـ) زيادة تقدير المراهقين (أو الذين تعرضوا للبرنامج) لذواتهم، وإمدادهم بمهارات اجتماعية عامة تزيد من كفاءتهم عند مواجهة المواقف المشجعة على بدء التدخين.

(و) تعلم مهارات سلوكية محددة لمواجهة المتغيرات المشجعة على بدء التدخين.

٢- استخلاص التزام عام (في التجمعات: كالنوادي والمدارس) بمنع التدخين (جعل المكان خاليًا من النيكوتين).

٣- تشتمل على قياس قبلي، وآخر (أو أكثر) بعدي يسمح بفحص التغير عبر الزمن.

٤- تشتمل على مجموعات ضابطة تسمح بالمقارنة بين مجموعات تلقت البرنامج، وأخرى لم تتلقه.

٥- تحاول التحقق من صدق التقارير الذاتية عن مدى تدخين المبحوثين بالاستعانة بمؤشرات فسيولوجية تتفاوت في تنوعها ودقتها من بحث لآخر.

هذا بإيجاز بعض ملامح النموذج الأمريكي للوقاية من بدء التدخين وهو نموذج ناجح استنادًا إلى ما تشير به الإحصاءات من تناقص معدلات تدخين المراهقين والمراهقات عما كان متوقعًا قبل ذلك، ويرجع بخاصة إلى:

١- الاعتماد على تحليل واسع القبول لسلوك التدخين مستمد من مئات البحوث الواقعية التي وضحت كلاً من:

أ- أسباب التدخين.

ب- المخاطر الناتجة عنه.

ج- برامج إنقاص معدله.

٢- تكامل جهود عدة مؤسسات حكومية وأهلية(*) (اتحادية وعلى مستوى كل ولاية) لإنقاص معدل التدخين، وقد أدى هذا التكامل والتنسيق إلى:

أ- المحافظة على استمرارية مخاطبة جمهور عريض ونقل تصور متكامل عن مشكلة التدخين إليه.

ب- اتخاذ القرارات الضرورية لتطوير ممارسات مكافحة انتشار التدخين.

(*) فإضافة إلى عشرات المراكز والمعاهد العلمية القومية (للصحة NIH والسرطان NCI والإدمان NSI-DA... وغيرها) العاملة في مجال مكافحة التدخين، توجد ١٧ جمعية أهلية ناشطة في هذا المجال كجمعية حقوق غير المدخنين والمجموعة المضادة لتلوث المدخنين وجماعة اوقفوا إدمان المراهقين... وغيرها.

ج- فتح المجال أمام مؤسسات اجتماعية للتعامل مع المشكلة ومساعدتها على امتداد عملها هذا والمحافظة على استمراريته (Biglan & Taylor, 2000).

ومع ذلك يرصد الباحثون (مثل: Banchard, 1994, Leverntal, et al, 1985) عدداً من أوجه القصور على رأسها:

١- إهمال الفروق الفردية التي تحدد مدى استجابة الأفراد لدعوتها الإحجام عن بدء التدخين ومن أمثلة - وليس حصراً - المتغيرات التي تم إهمالها:

أ- النوع، فعلى سبيل المثال تجاهلت حملات وقاية الأمريكيين من بدء التدخين خصائص الإناث مثل كونهن يخبرن البلوغ مبكراً مقارنة بالأولاد، وكونهن أكثر تعرضًا للإصابة بالاكتئاب واضطرابات الأكل، وكونهن أكثر تعرضًا لسوء المعاملة البدنية والجنسية، وكل هذا يزيد من مخاطر إقدامهن على التدخين والتعاطي، كما يتفاعل النوع مع كل من غياب الاستقرار السكني والانتقال من مرحلة تعليمية إلى أخرى، واحتمالات التحول من التدخين على سبيل التجربة إلى التدخين المنتظم حيث الإناث أكثر تهيؤاً للتعاطي في هذه الحالات مقارنة بالذكور، حتى إن أسباب التدخين ودوافعه تختلف تبعًا للنوع، ومع ذلك صممت برامج الوقاية من بدء التدخين وفي ذهن واضعيها الذكور وليس الإناث (Royce; et al., 1997).

ب- العناصر الثقافية التي تشجع أو تكبح الرغبة في التدخين.

ج- درجة استهداف الجمهور للتدخين والتي تحدد كون الفرد سيكون مدخنًا أم لا، وإذا كان مدخنًا فهل سيدخن بكثافة أم لا؟

د- العمليات المعرفية التي يؤكد منظرو تغيير الاتجاه - على اختلاف توجهاتهم النظرية - أهميتها كوسائط بين التعرض لمخاطبة وتغيير الاتجاه نتيجة هذا التعرض، ومع اعتماد برامج الوقاية من بدء التدخين على مبادئ الاستمالة بالمخاطبة، إلا أنها تجاهلت العمليات المعرفية أثناء تلقي الاستمالة.

فإن إهمال هذه المتغيرات - وغيرها - عند تصميم برامج الوقاية من بدء التدخين وتنفيذها يزيد من احتمال اختلاط تأثير هذه البرامج مع آثار تلك المتغيرات.

٢- استخدام البحوث التي تحاول تقويم برامج الوقاية من بدء التدخين تصميمات تجريبية غير ملائمة مثل استخدام تلاميذ إحدى المدارس - ككل- مجموعة تجريبية، تتم مقارنتها بتلاميذ مدرسة أخرى، كمجموعة ضابطة مما يسمح باختلاط أثر السياق، ومعايير الجماعة المدرسية مع تأثير البرنامج موضوع التقويم، مع أن الأفضل هو المقارنة بين فصول من مدرسة واحدة.

٣- يضاف إلى ذلك وجود معدلات تسرب مرتفعة نسبيًا، تؤثر بدرجة كبيرة في نتائج المتابعة طويلة الأمد بشكل يجعل هذه المتابعة بلا معنى أحيانًا، حيث يشير بعض الباحثين إلى أن معدلات تسرب المدخنين (أو المعايشين للتدخين كأبناء وأقران المدخنين. . .إلخ) أعلى من معدلات تسرب غير المدخنين (أو غير المعايشين)، ومع أن تحديد أسباب هذا التسرب يساعد كثيرًا على إنقاص معدلاته، فإن الباحثين لم ينتبهوا لأهمية هذا التحديد.

٤- ومع سعي البرامج السابقة إلى تغيير الاتجاهات المحبذة للتدخين كخطوة سابقة أو مصاحبة للامتناع عن بدء التدخين، فإن بحوث

تقويم هذه البرامج قد اكتفت برصد مدى التغيير في هذا الاتجاه دون توظيف التراث الضخم لنظريات تغيير الاتجاه من خلال التخاطب في تصميم وتنفيذ تلك البرامج أو في تحديد الظروف المسئولة عن حدوث (أو عدم حدوث) هذا التغيير، مثال ذلك: أنه مع تعدد مكونات البرنامج الوقائي من بدء التدخين فإنه لم يستفد من بحوث ترتيب عرض الحجج المتضمنة في الرسالة الواحدة في اختيار المكونات الأكثر فعالية، وأدى إهمال دراسة هذا المتغير (ترتيب العرض) إلى إهمال دراسة التفاعل المحتمل بينه وبين عدد من متغيرات موقف التخاطب، حيث تشير البحوث إلى وجود تفاعل بين ترتيب عرض الحجج داخل الرسالة وبين متغيرات أخرى في موقف التخاطب (مثل: موضوع الرسالة- ودرجة تعقيدها- ومصداقية مصدرها.... إلخ) ويؤثر هذا التفاعل في فعالية التخاطب، وبالتالي فعالية برنامج الوقاية من بدء التدخين.

ثانيًا: النموذج المصري في الوقاية من بدء التدخين:

ولأن تدخين السجائر ظاهرة اجتماعية، أي تحدث في سياق اجتماعي له معاييره وقيمه التي تحدد معنى التدخين ودلالته، فمن الضروري إجراء دراسات محلية لاختيار مضمون برامج الوقاية من بدئه وتوقيت عرضها والجمهور الذي تستهدفه، ومع ذلك لا يلقى هذا الأمر اهتمامًا يُذكر من جهات قومية مصرية علمية أو خدمية، فباستثناء الدراسة الوبائية التي يجريها البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، لا توجد إلا بحوث متناثرة يجريها بعض الباحثين في إطار حصولهم على درجات علمية، ويكاد يغيب الجهد المنظم لهيئة قومية حكومية أو أهلية في مجال الوقاية من بدء التدخين.

ونشير في هذا السياق إلى تجربة (عبدالمنعم شحاتة، ١٩٨٨: ١٠٦-١٥٩) أجريت في إطار السياق الثقافي المصري لتغيير اتجاهات المراهقين المصريين بأخرى تقلل من احتمالات بدئهم التدخين، وقد تم إجراؤها بمشاركة ٣٧٥ طالبًا بالصف الأول الثانوي العام؛ إذ تبين البحوث المصرية والأجنبية أن سن ١٦ سنة هي السن المحتملة أن يبدأ فيها الفرد تدخين السجائر.

وقد تعرض هؤلاء الطلاب لرسالة تدعوهم إلى عدم التدخين، وتتضمن:

١- البدء بتفنيد العلاقة المزعومة بين التدخين وخصال كالاستقلال والرجولة، على أساس أن البدء بتفنيد الحجج المعارضة لتوصيات الرسالة أكثر فعالية إذا كان لدى المتلقي ألفة ووعي بهذه الحجج، كما أن عرض هذه الحجج في سياق يرفضها يضعف من فعاليتها في المستقبل.

٢- كشف الآثار الفسيولوجية المباشرة لتدخين أقل عدد ممكن من السجائر.

٣- توضيح حكم الدين في تدخين السجائر اعتمادًا على إبراز حقوق النفس والغير، وضرورة عدم إيقاع الأذى بهم.

٤- إبراز قيمة أن يصبح الفرد غير مدخن.

وقد اختيرت الحجج المدعمة لكل عنصر من العناصر السابقة على أسس موضوعية كالاستناد إلى نتائج البحوث وإلى آراء ذوي الخبرة بموضوعها، وقد قدم هذا المضمون في شكل تخاطب بالمواجهة (محاضرة) لأن هذا الأسلوب يحقق التفاعل بين المصدر والمتلقي بشكل ييسر للمتلقي تكوين صورة إيجابية عن المصدر، ويزيد من الألفة به، كما أنه الأسلوب نفسه المعتاد للطلاب عند

تلقي الدروس، بالإضافة إلى أنه يلائم المضمون الذي تم اختياره لعرضه عليهم.

وقد سبق التعرض لهذا المضمون، وتلاه أيضًا - مباشرة أو بعد أسبوع من عرضه لتقويم آثاره- جمع بيانات عن اتجاهات الطلاب نحو التدخين وخبرتهم به ومعايشتهم له ومعايشة المدخنين، وعدد منتقى من خصال الشخصية والبيانات الشخصية والاجتماعية الأخرى، وقد تم ذلك من خلال أدوات روعي تمتعها بالشروط العلمية للأداة الجيدة مما يسمح بالاعتماد عليها، كما تم تحليل البيانات- التي تقدمها هذه الأدوات- على الحاسب الآلي بواسطة أساليب إحصائية مثل تحليل التباين متعدد المتغيرات Manova وتحليل التباين Anova ثلاثي الأبعاد، واختبار الفروق بين المتوسطات، وأسفرت هذه التحليلات عن النتائج التالية:

١- هناك فروق مرتفعة بين الذين تعرضوا للرسالة والذين لم يتعرضوا إليها في الاستجابة للتخاطب، فالذين تعرضوا أكثر فهمًا للرسالة وأكثر تقبلاً لها ولمصدرها بالمقارنة بمن لم يتعرضوا.

٢- لخصال شخصية المتلقي دورها في تحديد درجة هذه الاستجابة وفي توقيت ظهورها، فعلى سبيل المثال، يبدي المتفتح ذهنيًا استجابة للرسالة أكثر مما يبدي منغلق الذهن (المتسم بالجمود)، كما أن المتفوق دراسيًا لا يظهر هذه الاستجابة بعد تعرضه للرسالة مباشرة وإنما بعده بفترة، بينما يظهر الأقل قدرة على التحصيل الدراسي هذه الاستجابة بعد عرض الرسالة مباشرة، وتختفي عنده بعد العرض بفترة، وهو ما يبرهن على أهمية وضع خصال شخصية المتلقي في الحسبان عند إعداد التخاطب، وعند تقويم فعاليته.

٣- لمصدر التخاطب دوره المهم في استجابة المتلقي للرسالة؛ إذ يعد تقبل المصدر عملية أساسية تيسر تغيير الاتجاه المحبذ لتدخين السجائر، وهو ما يشير إلى خطورة ظهور المدخن- في أفلام السينما والتليفزيون- في صورة البطل المنقذ والقادر على مواجهة أصعب المشكلات، كما يشير إلى أهمية ظهور الشخصيات العامة والمشهورة وهم لا يدخنون.

٤- هناك زيادة - إلى حد ما - في تغيير الاتجاه المحبذ للتدخين ناتجة عن مرور الوقت بعد عرض الرسالة (أي الأثر الكامن) وتلعب خصال شخصية المتلقي دورها في تحديد حجم هذه الزيادة، بل وفي ظهورها أو اختفائها؛ إذ تبين أن مرتفعي القدرة على التحصيل الدراسي ومتفتحي الذهن والأقل تقديراً للذات يظهرون هذه الزيادة أكثر من غيرهم.

هذا مثال لدراسة مصرية هدفها تقويم برنامج للوقاية من بدء التدخين، وقد أثارت- مثل غيرها- نقطة مهمة هي أن قدرة هذه البرامج على إحداث تغيير تتفاوت درجتها ما بين تغيير ملحوظ في الاتجاهات المحبذة للتدخين وتعديل محدود في سلوك التدخين أو نية إصداره مستقبلاً؛ وهي نقطة التفت منظرو تغيير الاتجاه إليها بالدراسة لتفسيرها واكتشاف العوامل التي تؤدي إليها.

والعامل الأهم في هذا الصدد هو أن الاتجاه المحبذ للتدخين يتكون خلال فترة زمنية طويلة جداً تبدأ مع بداية وعي الطفل بما يدور حوله، وتنتهي بمحاولته تجريب التدخين، وطوال هذه الفترة، تعمل مواقف عديدة ووسائل متنوعة على ترسيخ هذا الاتجاه ودعمه، وبالتالي يصعب- لكن لا يستحيل- تعديل اتجاه استغرق تكوينه عدة سنوات في أيام معدودات، أضف إلى ذلك

أن عمليـة التعـديل هذه أشبه بالسـباحة ضـد التيار، فـتكوين الاتجاه المحـبذ للتدخين يتـم في سياق اجـتماعي لا يحظر التـدخين فقط، بل يشـجع عليه أيضًا، فوسـائل الإعلام ترسم صورة إيجابية عن الـتدخين والمدخنين، وتقدم بطل الأفلام والمسلسلات السينـمائية والتليفزيونية غالبًـا، بالسيجارة في يده، يستعين بها لمواجـهة المواقف الصعبة والمحرجة والتي تتطلب نضـجًا ومهارات خاصة، وتؤكد لنا أن التدخين أهم هذه المهارات؛ إذ يسـتعيد البطل به كفاءته وقدراته التي اهتزت نتـيجة الموقف الذي يواجهه، ولا يقتـصر الأمر عند هذا الحد، فالصورة تدعو إلى الاقتداء بالبطل، ويزيد من هذا التأثير وجود أب أو أخ يدخن، الذي - بحكم مـوضـعـه في الأسـرة- يعـد نموذجًا يحـتـذى، ويتضخم التأثير، فالأقران يحثـون على تجريب التدخين، ويُدْفَعُون إليه دفعًا، كل هذا في سياق يدعم بدء الـتدخين، ويقلل من مدى الاستجـابة لتخاطب يدعو إلى عدم بدء التـدخين، تلك الاستجابة التي تتطلب خلق سـياق نفسي اجتماعـي يستهجن التدخين ويرفضـه أي تغيير الصورة التي تعرضـها وسائل الإعلام، وتغـيير عـادات الآباء وتغيـيـر معاييـر جماعـة الأقران؛ إذ تؤثر في استجابة الفرد لبرامج الوقاية من بدء التدخين، ليس هذا فقط، بل وتحدد هذه الاستجابة من حيث الوجهة والشدة.

ولخلق هذا السـيـاق الرافض للتـدخين، يجب أن يـقـوم المجـتـمع بأمرين:

١- الاهتمام بالبحث العلمي لرسم ملامح ظاهرة التدخين في مجتمعنا من حيـث دوافعهـا ودلالتهـا لدى قطاعات مـختلفـة من الجمـهور المصري لوضع أساس علمي موضوعي لحـملات مكافحة التدخين، هنا تجـدر الإشارة إلى أهميـة إجراء دراسـات تتبـعية طـولية Log-nitudinal والاستـفادة من نتائجهـا، فالفرد لا يبدأ تدخين السـجائر

بين عشية وضحاها، وإنما يمر بمرحلة تهيؤ طويلة، تستغرق عدة سنوات قبل أن يدخن سيجارته الأولى، وتنقسم هذه المرحلة إلى مراحل فرعية لكل منها دوافعها وآلياتها، وبدون فهم هذه الدوافع وتلك الآليات، تفقد أساليب الوقاية قدرتها على التأثير؛ إذ يصعب- بدون هذا الفهم- اختيار المضمون المناسب تقديمه إلى الأفراد المراد التأثير فيهم، كما يصعب انتقاء الطريقة الملائمة لتقديم هذا المضمون، فعلى سبيل المثال يصبح من المناسب في مرحلة تهيؤ الأفراد لتجريب تدخين سيجارة الأولى، أن تحدثهم عن خطر الاعتماد على «النيكوتين» وصعوبة الامتناع عن التدخين بعد البدء فيه، وأن تدخين السيجارة الأولى يعني تكرار المحاولة، ثم الاستمرار في التدخين، وتوضيح كيف يتم ذلك بواسطة بيانات صادقة، ومن مصادر موثوق فيها، ويعد هذا المضمون أكثر ملاءمة بالمقارنة بالحديث عن مضار التدخين المباشرة أو بعيدة المدى؛ لأن المراهقين- في هذه المرحلة- لا يدركون خطورة الاعتماد، معتقدين في إمكانية الامتناع عن التدخين أي وقت شاءوا (Biglan & Lich- & Lichtenstein; 1984)، أما في مرحلة التجريب الفعلي ومحاولة تدخين السجائر كوسيلة للحصول على قبول اجتماعي وتقدير الذات، فإن من المناسب الحديث عن المظاهر السيئة للتدخين، والإعزاءات السلبية التي يعزوها الآخرون إلى المدخن، والضرر الذي يلحقه التدخين بالآخرين، مما يقلل من قبولهم للمدخن، ذلك القبول الذي يمكن الحصول عليه بواسطة وسائل مأمونة وإيجابية كحسن الخُلُق وأناقة المظهر وغيرها، كما من المناسب تقديم معلومات عن الآثار الفسيولوجية المباشرة- وليس بعيدة المدى- المؤلمة والمترتبة على

تدخين سيجارة، مجرد سيجارة واحدة، استناداً إلى نصائح طبية موثوقة.

معنى ذلك أن الدقة في اختيار المضمون الواجب تقديمه- والطريقة المناسبة له- لجمهور بعينه قد يزيد من فعالية أساليب الوقاية من بدء التدخين، وكما ورد في الأثر «فلكل مقام مقال» فإن المضمون الذي يلائم المهيئين للتجريب- ولم يدخنوا بعد- لا يكون فعّالاً إذا قدم لمن جربوا التدخين بالفعل، كما أن المضمون الذي يلائم الذين دخنوا على سبيل التجربة لا يجدي تقديمه للمهيئين لتجريب التدخين، وهذا أحد الأخطاء التي وقع فيها مصممو برامج الوقاية من بدء التدخين، أضف إليه التأخير في تقديم هذه البرامج، فمعظم البحوث التي عرضناها أجريت بمشاركة مبحوثين تجاوزوا السادسة عشر عامًا من العمر، حيث بدأ منهم التدخين نسبة تجاوزت الستين في المائة من مجموع المدخنين المنتظمين في التدخين، وكان يجب التبكير في تعريض هؤلاء المراهقين لبرامج الوقاية (أي وهم في الثانية عشر عامًا من العمر أو دون ذلك، حيث لم يبدأ التدخين بعد إلا ٤ - ٥٪ فقط)، إذ إن وقاية المهيئين لتجريب التدخين من محاولة التجريب، أفضل من وقاية الذين جربوا من الاستمرار في التدخين (Orleans; et al, 1993; Pamerleau, et al, 1993; Califano, 2003)، لذا يجب أن تستهدف حملات الوقاية من بدء التدخين تلاميذ المدارس الابتدائية، فالمرحلة الإعدادية أو الثانوية تعد وقتًا متأخرًا جدًا لذلك.

والخطأ الثالث الذي قلل من فعالية برامج الوقاية من بدء التدخين هو اعتمادها على أسلوب صريح في المخاطبة، فكل المضمون المعارض للتدخين المقدم عبر هذه البرامج- وكذلك وسائل الإعلام- قدم بشكل مباشر بينما تقدم الأفلام والمسلسلات السيجارة وكأنها العصا السحرية التي بها تهدأ

النفوس المتوترة وتستيقظ العقول الخاملة، ليس هذا فقط، بل إن كثيراً من الشخصيات العامة والنجوم ذوي التأثير الاجتماعي في الآخرين (لأنهم قدوة) يظهرون والسيجارة بين أصابعهم، كل هذا يدعو النشء بشكل غير مباشر إلى التدخين، وكما يقول الجرجاني «فالتعريض- أي التلميح- أوقع من التصريح».

٢- لذلك يجب أن تقوم هيئات حكومية وأهلية بجهد متناسق ومتكامل لترسيخ اتجاهات سلبية نحو التدخين تعد محدداً لسياق رافض للتدخين يشجع الإحجام عنه، وفي هذا السياق تجدر الإشارة إلى جهود متناثرة تقوم بها بعض الهيئات، وتتسم هذه الجهود:

أ- بالعشوائية فليس لها خطة موضوعة مسبقًا وذات أساس علمي موضوعي؛ وإنما حماس القائمين بها وحسب.

ب- أدى هذا إلى تفرق الجهود وتناثرها وغياب التنسيق بينها.

ج- وبالتالي فإن نطاقها محدود مكانًا وزمانًا، حتى إنها جهود موسمية تنشط حينًا وتختفي أحيانًا.

إن إيجاد سياق رافض للتدخين يعد مدخلاً وقائيًا لقائمة طويلة من الأمراض، يتطلب استراتيجية عامة مخطط لها جيداً تحدد أدوار هيئات عديدة لهذه الاستراتيجية ملامح متعددة على رأسها:

١- رفع سعر السجائر - ومنتجات التبغ الأخرى- لجعلها صعبة المنال على الصغار قدر الإمكان.

٢- توسيع نطاق الأماكن المحظور فيها التدخين وتغليظ عقوبة من يدخن فيها أيًا كان موقعه الاجتماعي.

٣- توظيف كل ما هو متاح- كعلبة السجائر ذاتها والأعمال الدرامية والمقررات الدراسية والأنشطة اللاصفية... وما شابه- لتوعية

الجمهور العام بمضار التدخين وبحكم الدين فيه فمعرفة هذا الحكم تكبح الرغبة في التدخين وتزيد احتمالات إحجام الفرد عنه، وتظهر الإحصاءات الأمريكية أن المدارس الدينية أكثر استجابة لشعار «مدرسة خالية من التدخين» مقارنة بالمدارس العامة، حيث كانت النسب عام ٢٠٠٠ هي ٤٢٪ من المدارس العامة، مقابل ٦٢٪ بين المدارس الدينية، زادت ٢٠٠٢ إلى ٦٥٪، ٧٩٪ على التوالي (Califano, 2003).

الخلاصة:

تبين لنا أهمية الوقاية عموماً وبالأخص وقاية المراهقين من بدء التدخين، والحيلولة بينهم وبين تدخين أية سيجارة من خلال تغيير اتجاهاتهم المحبذة للتدخين والتي تدفع إليه بأخرى تستهجنه وتحث على رفضه ويتم هذا التغيير من خلال معلومات تصف خطورة التدخين ومضاره وكيفية التعامل مع الظروف التي تشجع عليه، كما تصف مزايا عدم التدخين.

وقد تم عرض نماذج من البحوث التي استهدفت ذلك سواء ما أجري منها في الولايات المتحدة، أو ما أجري منها في مصر، وتكشف جميعها أن تعرض الأفراد لتخاطب يعارض التدخين قد أحدث تغييراً ملحوظاً في اتجاهاتهم المحبذة له، كما أحدثت تعديلاً أقل درجة في نية الأفراد التدخين مستقبلاً أو محاولتهم التدخين الفعلي.

هنا يجب التأكيد على ضرورة إيجاد سياق ثقافي اجتماعي رافض للتدخين، ويعد التدين أحد عناصر هذا السياق، كما يمارس الوالدان دوراً حيوياً في تشكيل اتجاهات أبنائهما السلبية نحو التدخين والمخدرات وتدريبهم على رفضها إذا وجدوا في مواقف تدفعهم إلى تجريب التدخين أو التعاطي.



الفصل السادس

أما بعد

الفصل السادس

أما بعد

في الأعوام الأخيرة، تؤرق معظم دول العالم- شرقه وغربه، متقدمة كانت أو متخلفة- مشكلة من أخطر المشكلات الإنسانية؛ إذ لها آثار مدمرة اقتصاديًا واجتماعيًا وصحيًا (بدنيًا ونفسيًا) ألا وهي مشكلة تعاطي المخدرات (الطبيعية منها والمصنعة) التي أثارت قلق المسئولين والمواطنين على السواء ودفعت الجميع إلى تلمس الطريق لمواجهتها والقضاء عليها، فإن لم يكن، فالتقليل من حجمها ومضارها. وفي غمار هذا القلق تصور البعض أن ضجة إعلامية حول المشكلة يكفي، فلما لم تؤت هذه الضجة ثمارها، توهموا أن العلاج يكون بتشريع العقوبات المشددة والتي تصل إلى الإعدام لمروجي تلك المخدرات ولمتعاطيها أيضًا، وقد نسوا أن المواجهة الحقيقية للمشكلة إنما يكون بسد البوابة التي يدخل منها الفرد عالم التعاطي وينزلق فيه، فما هي هذه البوابة؟

يؤكد العلماء إنها تدخين السجائر الذي يعد مقدمة ضرورية لتعاطي المخدرات، فقد اتضح أن الغالبية العظمى (أكثر من ٩٠٪) إن لم يكن كل متعاطي المخدرات قد بدأوا بتدخين السجائر، كما أن المدخنين من المراهقين أكثر جرأة، بالمقارنة بغير المدخنين المناظرين لهم، لتعاطي المخدرات وأكثر جرأة لتجريب هذا التعاطي، بل وفي استمرار تعاطيها، وفي الاستعداد لهذا التعاطي وتقبله إذا أتيحت الفرصة لمن لم يسبق لهم هذا التعاطي (عبدالسلام الشيخ، ١٩٨٨؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦ : ١٤٧؛ Soueif, et al, 1985; 1980: 40).

كمـا تكشف البحوث عـن وجود خطوات متـدرجة لتعـاطي المخدرات حيث يتم البدء بتعـاطي المواد المباحة قانونًا والأقل إحداثًا لاعتـماد جسمي أو نفسي كالسجائر والبيرة، وينتهي التعاطي بتعاطي المواد المحظورة قانونًا والأكثر إحداثًا لاعتماد جسمي ونفسي كمشـتقات الأفيون والمشروبات التي ترتفع فيها نسبـة الكحول (النبـيذ - الويسكي. . .إلخ)، ممـا يؤكد إن الطريق الصـحيح لمكافحة المخـدرات- أو على الأقل للتقليل من المتعاطين لهـا- يكون بمكافحة تدخين السجائر، والتي تعد الوقاية من بدئه ليس فـحسب خطوة أساسية من بدء تعاطي كافة المواد المؤثرة في الحالة النفسـية، وإنما تعد جزءًا رئيسيًا في أي برنامج للصحة العامة، وذلك للعـلاقة المؤكدة بين تدخين السجائر وعدد ليس قليلاً من الأمراض المزمنة والمتـصدرة قائمة الإصابات المسببـة للوفاة، ولأن- أيضًا- تدخين السجائر أحد مصـادر تلوث الهواء، والسؤال الذي يطرح نفسه هو: كيف نـحمي المجتـمع من هذا التلوث، ونقى أفراده من الإصـابة بتلك الأمراض؟

ويكتـسب هذا التسـاؤل أهمية شـديدة، وخصـوصًا، بعـد أن تبين لنا (انظر: الفصل الرابع من هذا الكتاب) القدرة المحـدودة للأساليب التي تساعد المدخنين على الامتناع عن التدخين، والتي يرى البـعض أنها ناتجة عن عوامل خارج حدود هذه البرامج ولا تطلها أيدي مصـمميها؛ إذ لاحظوا تشابه نتائج الأساليب المختلفة في مبادئها النظرية والمتـباينة في إجراءات أدائها، فافترضوا أن متغـيرات تخص الجمهور المسـتهدف (أي المدخنين) قد تكون مـسئولة عن هذا التشابه، وقـد تكون- أيضًا- سببًا وراء القدرة المحـدودة لأساليب تعديل سلوك التـدخين، وأكدت الإحصـاءات هذا الافتـراض، فالمدخنون يتـجنبون التعرض لتلك الأساليب، ففي «فيـلادفيا» أبدى خمسة آلاف مدخن، من بين اثني عشر ألفًا، رغبتهم في الانضمام لجلسات برامج تساعد على الامتناع عن

التدخين، لم يذهب إلا ١٤,٥٪ منهم لمقابلة القائمين على هذه البرامج لتحديد مواعيد الجلسات ولم يحضر إلا ثلاثة في المائة منهم فقط تلك الجلسات، وكانت هذه النسبة في «نيويورك» دون الواحد في المائة (٠,٩٥٪ أو أربعمائة مدخن من بين اثني عشر ألفًا) (Ashton & Stepney, 1982: 143)، مما يعني أن النسبة العظمى من المدخنين يتجنبون(*) التعرض لبرنامج تعديل سلوك التدخين، مما يحد من مقدرتها، فنتائجها مستخلصة من فئة لا تمثل جمهور التدخين على الإطلاق، أضف إلى ذلك، ما تؤكده البحوث (المرجع نفسه: ١٢٧) من احتمال تشويه هذه الفئة التي تعرضت للبرامج لمضمونها كوسيلة لتقليل التعارض بين سلوكهم وبين المعلومات الجديدة التي تعرضها تلك البرامج وذلك لتبرير سلوكهم؛ إذ تبين أن المدخنين بالمقارنة بغير المدخنين، يقللون من خطورة الأمراض التي اتضحت علاقتها بالتدخين؛ إذ يوافق- على سبيل المثال- ٥٠٪ منهم، في مقابل ٩٠٪ من غير المدخنين، على أن التدخين شديد الخطورة بالفعل، كما يرى ١٤٪ منهم، في مقابل ٣٠٪ من غير المدخنين، إنه يسبب الوفاة بمعدل يفوق ما تسببه الحوادث.

أي أن المدخنين إما يتجنبون التعرض لأساليب تعديل سلوك التدخين، أو يحرِّفون المعلومات المقدمة في هذه البرامج ويشوهونها إذا تعرضوا لها، وكلاهما- بالإضافة إلى عوامل أخرى- يعد مسئولاً عن القدرة المحدودة لتلك الأساليب مما يعني إمكانية تحقيق نتائج أفضل إذا تضمنت أساليب تعديل السلوك ما يمكِّن من جذب المدخنين إليها، وما يقلِّل من تشويههم لمضمونها.

وتزداد أهمية التساؤل عن كيفية حماية الناس من الأمراض والتلوث الناتج عن تدخين السجائر، حينما نعرف أن لأساليب وقاية المراهقين من بدء

(*) تجدر الإشارة إلى أن أحد موضوعات البحث الحيوية في مجال التعرض لوسائل الإعلام هو التعرض الانتقائي والذي يشير إلى سعي الفرد نحو المعلومات التي تتسق والاتجاه الذي يتبناه، وتجنبه التعرض للمعلومات التي لا تتسق معه وتؤيد البحوث ذلك. انظر: (Sweemey & Gruber, 1984).

التدخين، كوسيلة لتـقليل حجم المدخنين، أن لها فعالية ضئـيلة نسبيًا (انظر: الفصل الخامس من هذا الكتاب) والتي يرى البعض أنها راجعة إلى افتقار هذه الأساليب إلى دراسات طولية Longitudinal والاستفادة من نتائجها فالفرد لا يبـدأ تدخين السجـائر بين عشـية وضـحاها، وإنمـا يمر بمرحلة تهيـؤ طويلة، تستغرق عدة سنوات قبـل أن يدخن سيجارته الأولى وتنقسم هذه المرحلة إلى مراحل فـرعية لكل منهـا دوافعهـا وآلياتها، وبدون فـهم هذه الدوافع وتلك الآليات، تفـقد أساليـب الوقاية قدرتهـا على التأثيـر؛ إذ يصعب- بدون هذا الفهم- اختـيار المضمون المناسب تقـديمه إلى الأفراد المراد التأثير فيـهم، كما يصعب انتقاء الطريقة الملائمة لتقديم هذا المضمون، فعلى سبيل المثال: يصبح من المناسب في مـرحلة تهيؤ الأفـراد لتجـريب تدخين السيـجارة الأولى، أن نحدثهم عن خطر الاعـتماد على «النـيكوتين» وصعوبة الامـتناع عن التدخين بعـد البـدء فيـه، وإن تدخين السـيـجـارة الأولى يعني تكرار المحـاولة، ثم الاستمرار في التدخين، وتوضيح كيف يتم ذلك بواسطة بيانات صادقة، ومن مصادر مـوثوق فيها، ويعد هذا المضـمون أكثر ملاءمـة بالمقارنة بالحديث عن مضار الـتدخين المباشرة أو بعـيدة المدى؛ لأن المراهقين- في هذه المرحلة- لا يدركون خطورة الاعتماد، معتقدين في إمكانية الامتناع عن التدخين أي وقت شـــاءوا (Biglan & Lichtenstein, 1984) أما في مـرحلة التجـريب الفعلي ومحاولة تدخين السجائر كوسيلة للحصول على قبول اجتماعي وتقدير الذات فإن من المناسب الحديث عن المظاهر السيئة للتدخين، والإعزاءات السلبية التي يعزوها الآخـرون إلى المدخن، والضرر الذي يلحـقه التدخـين بالآخرين، مما يقلل من قـبولهم للمـدخن، ذلك القبول الـذي يمكن الحصول عليـه بواسطة وسائل مأمونة وإيجابية كحسن الخلق وأناقة المظهر وغيرها (Hirschman, et al, 1984) كمـا من المناسب تقديم معلومـات عن الآثار الفسيـولوجية المبـاشرة- وليس بعيـدة المدى- المؤلمة والمترتبـة على تدخين سيـجارة، مجـرد سيـجارة واحدة، استنادًا إلى نصائح طبية موثوقة.

معنى ذلك أن الدقة في اختيار المضمون الواجب تقديمه- والطريقة المناسبة له- لجمهور بعينه قد يزيد من فعالية أساليب الوقاية من بدء التدخين، وكما ورد في الأثر «فلكل مقام مقال» فإن المضمون الذي يلائم المهيئين لتجريب - ولم يدخنوا بعد- لا يكون فعالاً إذا قدم لمن جربوا التدخين بالفعل، كما أن المضمون الذي يلائم الذين دخنوا على سبيل التجربة لا يجدي تقديمه للمهيئين لتجريب التدخين، وهذا أحد الأخطاء التي وقع فيها مصممو برامج الوقاية من بدء التدخين، أضف إليه التأخير في تقديم هذه البرامج، فمعظم البحوث التي عرضناها - في الفصل الخامس- أجريت بمشاركة مبحوثين تجاوزوا السادسة عشر عامًا من العمر، حيث بدأ منهم التدخين نسبة تجاوزت الستين في المائة من مجموع المدخنين المنتظمين في التدخين (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٤: ٢٤، ٤٦، ٧١)، وكان يجب التبكير في تعريض هؤلاء المراهقين لبرامج الوقاية (أي وهم في الثانية عشر عامًا من العمر أو دون ذلك حيث لم يبدأ التدخين بعد إلا ٤ - ٥٪ فقط)؛ إذ إن وقاية المهيئين لتجريب التدخين من محاولة التجريب أفضل من وقاية الذين جربوا من الاستمرار في التدخين.

والخطأ الثالث الذي قلل من فعالية برامج الوقاية من بدء التدخين هو اعتمادها على أسلوب صريح في المخاطبة، فكل المضمون المعارض للتدخين المقدم عبر هذه البرامج- وكذلك وسائل الإعلام- قدم بشكل مباشر بينما تقدم الأفلام والمسلسلات السيجارة، وكأنها العصا السحرية التي بها تهدأ النفوس المتوترة وتستيقظ العقول الخاملة، ليس هذا فقط، بل إن كثيراً من الشخصيات العامة والنجوم ذوي التأثير الاجتماعي في الآخرين (لأنهم قدوة) يظهرون والسيجارة بين أصابعهم فمعظم رجال الإدارة العليا يدخنون، وكذلك الفنانون الذين تملأ صورهم كافة وسائل الإعلام ليل نهار، كما أن

٥,٥٣٪ من الأطباء(*) المصريين، ٥٥,٣٪ من المدرسين، ٥١,١٪ من رجال الجيش، ١٨,٥٪ من نجوم الرياضة المصريين يدخنون (Omer, et al, 1984) كل هذا يدعو النشء بشكل غير مباشر إلى التدخين، وكما يقول الجرجاني «فالتعريض - أي التلميح- أوقع من التصريح» (عبد القادر الجرجاني، ب ت: ٥٥).

هكذا نلاحظ أن متغيرات اجتماعية تلعب دورًا في تقليل فعالية أساليب كل من امتناع المدخنين عن التدخين ووقاية المراهقين من بدء التدخين تلك الفعالية التي يمكن مضاعفتها عدة مرات لو وضعت استراتيجية عامة يشارك المجتمع- حكومة وأفرادًا- ككل في تنفيذها، وتستهدف تحقيق هدف رئيسي هو تقليل الدافعية لتدخين السجائر، سواء بتقليل دافعية المهيئين لبدء التدخين، أو تقليل دافعية المدخن للاستمرار في التدخين ويتم ذلك باتباع الوسائل التالية في وقت واحد.

أولاً: رفع سعر السجائر:

يمكن للحكومات المختلفة أن تقلل من معدلات تدخين شعوبها للسجائر، ذلك بإجراء شديد البساطة هو رفع سعرها، فرفع سعر السجائر يلعب دورً مهمًا- كجزء من استراتيجية عامة- في إنقاص معدل استهلاكها؛ إذ يمثل هذا السعر عبئًا على المراهق الذي يفكر في تجريب التدخين، كما يستحث المدخن غالبًا لتقليل عدد السجائر التي يدخنها، وكما يتضح من

(*) للعاملين في المهن الطبية دور حيوي في حملات مكافحة التدخين، ففي بريطانيا وأمريكا أدى إنقاص الأطباء من معدلا تدخينهم إلى خفض معدلات التدخين بشكل عام، وعلى سبيل المثال انخفض معدل تدخين الأطباء في كاليفورنيا من ٥٣٪ عام ١٩٥٠ إلى ١٠٪ عام ١٩٨٠م وقد صاحب ذلك خفض في معدل التدخين بوجه عام، ذلك لدور الأطباء كقدوة يحتذى بها الناس، ومما يؤسف له أن نسبة كبيرة من أطباء الدولة النامية يدخنون. ويعد الأطباء الآن مدخلاً لبرامج تدخل فعالة نسبيًا ويتحملون عبء ونصح مرضاهم بعدم التدخين. انظر: (Ball, 1986; Orleans et al, 1993).

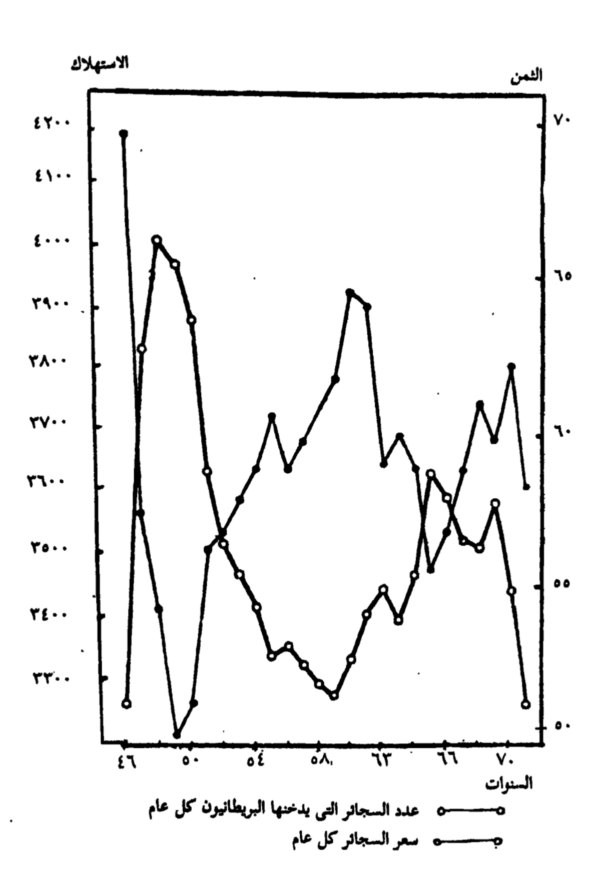
شكل (٢٠)، فالعلاقة بين سعـر السجائر ومعدل استهلاكهـا علاقة عكسية، فكلما ارتفع السـعر، تناقص الاستهـلاك، أي أن هناك ارتباطًا سلبيًا مـرتفعًا جدًا (-٩ , ٠) بين سعر السجائر ومعدل استـهلاكها، وكان هذا السعر مسئولاً عن ٨٠٪ من التغير في معدلات استهلاك البريطانيين للسجائر خلال ربع قرن (١٤١٩-١٩٧١) (Russeil, 1977)، فـعلى سـبـيل المثـال أدت زيادة سـعـر السجائر عـام ١٩٧٩ بنسبة ٦٪ إلى تناقص مبيعـاتها بنسبة ١٠٪ (Ashton & Stepney, 1982: 146) هذا في بريطانيا، أمـا في أمريكا فقد أدت زيادة سـعر السجائر بـنسبة ١٠٪ إلى تناقص استهلاكها بنسبة ٣-٤٪ (Chandler, 1988) ويدعم تحليل أجـراه «لوبيز» (Lopez, 2002) ذلك حيث تبين أن لرفع سـعر السجـائر تأثيرًا ضعيـفًا على بدء التدخين في مقـابل تأثير أكبر على مـحاولة الامتناع. ويعزو سويف (*) تناقص معدل التدخين بين طلاب الجامعة خلال العقدين الماضـيين إلى هذا العامل، مما يؤكد الدور الحيوي لسعـر السجائر في تقليل معدل استـهلاكها(**)، وفي تقليل بالتالي- مـعدلات الإصابة المزمنة، وكل هذا يوفـر لخزانة حكومـات العالم الثالـث- والدول العربية جـزءًا منه- أموالاً كثيرة هي في أمس الحاجة إليها.

ثانيًا: تشديد عقوبة التدخين في أماكن محظور فيها التدخين:

كما إن بإمكان الحكومات المساهمة في إنقاص معدلات التدخين وتقليل فرص الإصابة بالأمـراض الناتجة عنه، وذلك باتخاذ إجراءات تشـريعية بحظر التدخين في الأماكن التي يتواجد فيها الناس كالمركبات العامة، وأماكن العمل ودور اللهو والترويح، فقد تبين لنا (انظر الفصل الأول من هذا الكتاب) كيف

(*) في محاضرة ألقاها بمناسبة اليوم العالمي لمكافحة الإدمان بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠٦/٧/٣.

(**) يعرض سويف (١٩٩٦ : ٨-١٢) نماذج أخرى لتأثير ارتفاع سعر المادة المتعاطاة (حشيش - هيروين) في خفض معدلات التعاطي، وهي أمثلة تدعم هذه النقطة.



شكل (٢٠) علاقة معدلات استهلاك السجائر بأسعارها فى بريطانيا خلال عام ١٩٤٦ - ١٩٧١

يلحق التدخين أذى شديدًا بالمدخن وبمن يجالسه من غير المدخنين، ودور الحكومات التقليدي هو منع الفرد من إيذاء غيره- وكذلك نفسه- وذلك بتحديد أماكن يحظر فيها التدخين ومعاقبة من يخالف هذا الحظر، على أساس أن يحث هذا العقاب الناس على الامتناع عن التدخين، وقد فعلت معظم الحكومات ذلك، ففي مصر- على سبيل المثال- صدر قانون ٩٢ لسنة ١٩٦٤ بمنع تهريب التبغ، كما صدر القانون ١٣٧ لسنة ١٩٨١ بحظر التدخين أثناء وفي أماكن العمل، وأيضًا صدر قانون ٥٢ لسنة ١٩٨١ الذي تنص مادته السادسة: «يحظر في وسائل النقل العام والأماكن العامة والمغلقة التي يصدر بتحديدها قرار من وزير الصحة» وتنص مادته الثامنة: «كل من يخالف المادة السادسة يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على أسبوع، وبغرامة لا تقل عن خمسة جنيهات مصرية، ولا تزيد على عشرين جنيهًا أو بإحدى هاتين العقوبتين»(*) ولأن العقاب بالحبس(**) يصعب استخدامه في الواقع لكثرة المدخنين، فإن العقوبة المتبعة غالبًا في المجتمع المصري هي تغريم من ضبط وهو يدخن في أماكن محظور فيها التدخين عشرة جنيهات مصرية، ولم تكن هذه العقوبة رادعة (***) لأنه لا يتم تحصيلها بشكل فوري، كما يعتبرها البعض قليلة

(*) وقد تعدل هذا القانون بصدور قانون (٤) لسنة ١٩٩٤، والذي ينص على أن عقوبة من يدخن في مكان عام هي خمسون جنيهًا مصريًا، وأضاف عقوبة للمسئولين عن هذه الأماكن العامة الذي لا ينفذون فيها هذا القانون تتراوح ما بين ألف وعشرين ألف جنيه. وقد شهدت مصر في أغسطس ١٩٩٧ حملة قومية مكثفة لتنفيذ هذا القانون، نأمل أن يظهر ثمارها. كما صدر قانون ٨٥ لسنة ٢٠٠٢ بحظر بيع السجائر ومنتجات التبغ لمن يقل عمره عن ثمانية عشر عامًا، وحظر توزيع السجائر في مسابقات أو تكون وسيلة الحصول على جوائز، وألزم هذا القانون مصنعي السجائر بتخصيص ثلث واجهة العلبة لعبارة «احترس: التدخين يدمر الصحة ويسبب الوفاة».

(**) تبين بحوث تعديل السلوك أن معاقبة الاستجابة غير المرغوبة بتجاهل Time Ouit (الحبس) من أصدرها أكثر أنواع العقاب فعالية، وقد استعرض هذه البحوث Keirman, 1978.

(***) فعلى سبيل المثال، صرح أحد رجال الأمن المصريين بأنه تم تحرير مخالفتين لشاب واحد في «أتوبيس» عام خلال ساعة واحدة. (أكتوبر. القاهرة، العدد ٥٣٧، ٨/ ٢/ ١٩٨٧). ومن الملاحظ أن التدخين ظاهرة منتشرة في وسائل النقل العام بمصر، على الرغم من وجود لافتات بها تشير إلى حظر التدخين.

نسبيًا؛ لذا فإنه لكي تكون هذه الغرامة رادعة، فيجب أن تكون كبيرة، ويتم تحصيلها فور إشعال المرء لسيجارة في مكان محظور التدخين فيه، وأن يتم هذا باستمرار وليس بشكل مؤقت وفقًا لاهتمام المسئولين؛ إذ تبين بحوث (Keirman, 1978) تعديل السلوك، سواء ما جرى منها على الحيوان أو الإنسان، سويًا كان أو غير سوي، إن العقاب يكون فعالاً إذا كان أكثر شدة، ويلي ظهور الاستجابة غير المرغوبة مباشرة (أي فوري) ويقدم بشكل مستمر، وذلك بالمقارنة بكونه أقل شدة، ويفصل بينه وبين الاستجابة غير المرغوبة فترة من الزمن، ويقدم بشكل متقطع، معنى هذا أن التغريم الفوري الكبير لمن يشعل سيجارته في مكان محظور التدخين فيه، يقلل كثيرًا من معدلات التدخين، ومن فرص تعرض غير المدخنين للعناصر الكيميائية الضارة التي تحتوي عليها السيجارة، كما يسهم في التقليل- ولو بدرجة ضئيلة- من تلوث الهواء، ويمكن تحصيل الغرامة فوريًا دون الحاجة إلى تعيين رجل أمن خلف كل مواطن، وذلك بإعطاء إيصالات بقيمة الغرامة، ومختومة من الخزانة العامة للدولة، يحصَّل بها سائق المركبة العامة- أو الرئيس المباشر في مقر العمل أو المسئول عن دور العرض وغيرها- يحصَّل بها وبشكل فوري قيمة مخالفة حظر التدخين.

ثالثًا: توعية المواطن بمضار التدخين:

نسبة كبيرة من وسائل الإعلام في دول العالم الثالث تملكها الحكومة، وبالتالي فيمكنها توظيف هذه الوسائل في توعية الجمهور بمضار التدخين وكشف الصورة الحقيقية للسيجارة، وأثرها على الجسم والنفس والآخرين والمجتمع والاقتصاد القومي... إلخ. إذ تخلق هذه التوعية رأيًا عامًا يعارض التدخين وييسر على الممتنع عنه أن يستمر في امتناعه، وعلى من لم يبدأ التدخين ألا يبدأ، ومن الأمثلة التي يمكن أن تستغلها الحكومة في ذلك نجد:

١- علبة السجائر نفسها، ففي مصر، تنص المادة الثالثة من قانون ٥٢ لسنة ١٩٨١ بضرورة كتابة عبارة (التدخين ضار جداً بالصحة) على كل علبة سجائر، وفي أمريكا نفس الشيء، بل قرر «الكونجرس الأمريكي» أن تلتزم شركات إنتاج السجائر ابتداءً من ١٢/ ١٠/ ١٩٨٥ بكتابة التحذيرات التالية على كل علبة سجائر:

(أ) يسبب التدخين سرطان الرئة وانتفاخ الرئة وأمراض القلب واضطرابات الحمل.

(ب) يلحق تدخين المرأة الحامل الأذى بجنينها ويسبب الولادة المبتسرة.

(جـ) يدخل المدخن بتدخينه السيجارة أول أوكسيد الكربون (وغيره من الغازات السامة) إلى رئتيه.

(د) بامتناعك عن التدخين تقل احتمالات إصابتك بالعديد من الأمراض.

وقد أدت كتابة هذه التحذيرات إلى تناقص معدل تدخين الرجال الأمريكيين من ٣٧,٩٪ عام ١٩٨٠ إلى ٣٣,٨٪ عام ١٩٨٣ إلى ٢٩٪ في الربع الأخير من عام ١٩٨٥، كما قلل من معدل تدخين طلاب المدارس العليا من ٣٠٪ إلى ٢٣,٥٪ إلى ٢١٪ (Koop, 1986)، أي أن زيادة القدر من المعلومات الصحيحة عن مضار التدخين على علبة السجائر قد قلل بشكل واضح من معدلات التدخين.

٢- أن تبرز وسائل الإعلام مزايا عدم التدخين، فقد لا تكفي معرفة المدخن بمضار التدخين لزيادة دافعيته للامتناع عن التدخين، وإنما إدراكه مزايا عدم التدخين، فالبحوث (Leventhal, et al, 1985) تؤكد أن توقعات الأفراد مزايا عدم التدخين، يجعلهم يتخذون قراراً بالامتناع عن التدخين.

ويجب أن تلعب وسائل الإعلام دورًا بارزًا في حماية الصغار من تعلم سلوك التدخين، بألا تنقل عدسات الصحف والتليفزيون صورة أية شخصية- مهما كان موقعها ومكانتها- وهي تدخن، وذلك أثناء تغطيتها للأحداث السياسية والاجتماعية والفنية والرياضية، كما يجب أن تتولى أجهزة الرقابة على المصنفات الفنية حذف المشاهد السينمائية والتليفزيونية التي تبرز المدخن في صورة إيجابية، أو تحاول ربط التدخين بالمتعة والرجولة والإثارة. . .إلخ، فالصورة المعتادة في وسائل الإعلام هي أن علامة سعادة البطل وانسجامه هي تدخين سيجارة، وعلامة حزنه وإحساسه بالإحباط - أيضًا- هي تدخين سيجارة، حتى إن السيجارة هي العامل الوحيد المشترك في المناسبات المفرحة والمترحة على السواء، ففي المأتم تقدم السجائر، وفي الأفراح تقدم السجائر، ويعد تدخين المدعوين لها مجاملة لأصحاب المناسبة(*)، وهذه الصورة يجب أن تغيرها وسائل الإعلام وتعمل على إحلال بدائل للسجائر، وهذا يتطلب قدرًا من الوعي والمعرفة الصحيحة، ووسائل الإعلام مسئولة عن تحقيق ذلك، ليس هذا فقط، بل يجب عليها أن تدعو الناس إلى تكوين جماعات- في المدارس والنوادي وأماكن العمل المختلفة وغير ذلك- تعارض التدخين وتتبنى اتجاهات مضادة له، وتخلق سياقًا اجتماعيًا يحبذ عدم التدخين.

٣- أن تتضمن المقررات الدراسية للتلاميذ الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٣ و ١٥ سنة، دروسًا توضح الآثار المباشرة الناتجة عن تدخين سيجارة مجرد سيجارة واحدة، وجدير بالذكر أن مقرر العلوم على طلاب الصف الثالث الإعدادي بمصر، تضمن درسًا عن علاقة تدخين السجائر بأمراض الجهازين التنفسي والدوري (كأمراض القلب

(*) اتضح أن المناسبات الاجتماعية السعيدة على رأس الظروف التي تيسر بدء التدخين (انظر: عبدالمنعم شحاتة ١٩٨٩م) ليس هذا فقط، بل تيسر تعاطي المخدرات والعقاقير المختلفة. (انظر: عبدالسلام الشيخ، ١٩٨٨؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦).

وتصلب الشرايين. . .إلخ) أو ما يسمى بأمراض المرحلة الوسطى من العمر، التي تعد آثاراً بعيدة المدى للتدخين، لا يلحظها المراهقون فيمن يعرفونهم من المدخنين (من أقرانه أو مدرسيه أو والده)، فلم تؤت أكلها، بدليل إن أكثر من عشرة في المائة من طلاب الصف الأول من المرحلة الثانوية- بأنواعها- المصريين يدخنون، وتتضاعف هذه النسبة في العام التالي، فأكثر من عشرين في المائة من طلاب الصف الثاني يدخنون (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٧٨: ٣٤ ;Davine & Ostrom, 1985) وذلك لأن المراهقين في هذه السن أكثر توجهًا للحاضر منهم للمستقبل، مما يعني ضرورة التركيز على الآثار المباشرة- وليس بعيدة المدى- لتدخين سيجارة، مجرد سيجارة واحدة.

٤- إعطاء المدرسين- بمراحل التعليم المختلفة - دورات تدريبية حول آثار التدخين المباشرة ومضاره بعيدة المدى، وحثهم على عدم التدخين أثناء إلقاء الدروس أو على مشهد من تلاميذهم في الأوقات الأخرى خارج الدرس، ذلك لأن المدرس قدوة قد يحاكي بعض الطلاب سلوكه في تدخين السجائر. ونفس الشيء للرياضيين ورجال الإعلام والعاملين في مجال الصحة(*) وكل الشخصيات ذات التأثير - بحكم موقعها المهني- في الآخرين.

(*) وقد سبقت الإشارة - في الفصل الرابع- إلى ظهور برامج تدخل لمنع التدخين تعتمد أساسًا على الأطباء والعاملين في مجال الصحة، وكذلك على الرؤساء والزملاء في مؤسسات العمل الأخرى، باعتبارهم عنصراً فعالاً يساعد على منع التدخين في مجالهم.

رابعًا: زيادة وعي الناس بحكم الدين في تدخين السجائر:

النقطة المهمة التي يجب الالتفات لها هي ضرورة تأكيد الحكم الفقهي لتدخين السجائر، وتوحيد(*) هذا الحكم، ونشره حتى يعرفه كافة الناس؛ إذ يعد الدين الإطار المرجعي الذي يحتكم إليه الناس، على أساس أن تقويم موضوع أو فعل ما، أو تحديد مشروعية الإقدام عليه، أو الإحجام عنه، تتم في إطار التقويم الديني، أي الحكم بأنه حلال أو حرام، فعلى سبيل المثال، هناك أدلة على أن عدم تيقن الأفراد بحكم الدين في تعاطي الحشيش أو اعتقادهم بأنه ليس حرامًا، يسر بدء تعاطيهم له ويشجعهم على معاودة التعاطي، لذا فإن من يعتقد أن تعاطي الحشيش حرام كان ١٢,٣٪ من عينة المتعاطين، في مقابل ٣٥,٨٪ ممن يناظرهم من غير المتعاطين (Soueif et al, 1980: 80)، كما أنه في مقابل ٧,٨٪ من غير المدخنين، يؤكد ٣٣,٣٣٪ من المدخنين من طلاب الصف الثالث الثانوي العام أن الدين لم يحرم تدخين السجائر (هند طه، ١٩٨٤: ٩٩).

(*) ذكر الشيخ جاد الحق - شيخ الجامع الأزهر رحمه الله - في حديث لجريدة الأهرام الصادرة في ١٤/٣/١٩٨٧ - أن تدخين السجائر مكروه، ثم عاد وأكد في حديث لفضيلته نشرته جريدة الأخبار ليوم ٢٨/٥/١٩٨٩ بأنه حرام، وقد أفتى سماحة الشيخ محمد بن إبراهيم آل الشيخ مفتي الديار السعودية بتحريم الدخان، (عزت حسنين، ١٩٨٤، المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون. دار الناصر بالرياض ص ١٣١ - ١٤٠) كما ذكر الدكتور يوسف القرضاوي- في كتابه «الحلال والحرام في الإسلام» (١٩٧٦: ٧٨) - أنه حرام لثبوت الضرر المترتب عليه والذي يلحقه بصحة المدخن وبماله وبصحة جلسائه. وما لا شك فيه أن القول بتحريم تدخين السجائر قول صحيح في ضوء ما ورد بالفصل الأول من هذا الكتاب، وما ورد في القرآن الكريم (الآية ١٦٢ من سورة البقرة، والآيات ٤، ٥، ٨٨ من سورة المائدة، ١٥٧ من سورة الأعراف، ومن سورة النحل)، والأحاديث الشريفة التي تنهى عن تناول كل ما هو مسكر ومفتر وعن إلحاق الأذى بالنفس وبالآخرين، وعن إضاعة المال. ومن الأجدى - في مثل هذه الأمور- الأخذ بالتحريم لأنه أكثر إلزامًا للنفس من القول بأنه مكروه (على الرغم من قول الرسول ﷺ: اتقوا الشبهات) وقد حدث في موسم الحج ١٤٠٨هـ، ١٩٨٨م وكذلك عام ١٤١٥هـ، ١٩٩٥م أن اختلف الحجاج المصريون في أمر تدخين السجائر أثناء الإحرام، ومما يؤسف له أن بعضهم اعتبره مكروهًا والبعض الآخر أجازه ودخن أثناء الإحرام، وقلة هم الذين أيقنوا أنه حرام.

وتتضح أهمية معرفة الفرد بالحكم الفقهي لتدخين السجائر، حينما نجد أن ٧٦٪ من غير المدخنين الذين ذكروا أن تدخين السجائر حلال، قد ذكروا أنهم سيدخنون إذا اتحيت لهم الفرصة، بينما ذكر ٤٧٪ من غير المدخنين الذين لم يستطيعوا تحديد ما إذا كان التدخين حلالاً أم حرامًا سيمتنعون عن التدخين؛ لأنه ضار بالصحة، في حين أكد كل من ذكر أن تدخين السجائر حرام بأنهم لن يدخنوا مطلقًا (عبد المنعم شحاته، ١٩٨٨ ; Ternes,1977).

كما تتضح أهمية معرفة الفرد بالحكم الفقهي للتدخين حينما نجد أن هذه المعرفة تحدث تغييراً في الاتجاه المحبذ للتدخين أكثر مما يحدثه ذكر الأضرار الصحية أو الخسائر الاقتصادية المترتبة على تدخين السجائر، فنسبة تغيير الاتجاه نحو التدخين نتيجة معرفة الحكم الفقهي كانت ٥٢٪، بينما كانت ١٨,٥٪ نتيجة معرفة أضراره الصحية، و١١,٨٪ نتيجة معرفة الخسائر الاقتصادية المترتبة عليه (Omer; et al, 1984) أي أن مجرد معرفة الناس بحكم الدين في تدخين السجائر، يمكن أن يساهم بشكل فعال في مكافحة التدخين وتقليل معدلاته، وما أيسر ذلك، فقط يتفق فقهاؤنا على حكم الإسلام في تدخين السجائر، ثم ينشر هذا الحكم في كافة وسائل الإعلام ليعرفه الجميع.

هذه بعض الوسائل التي تلجأ إليها الحكومات لمكافحة تدخين السجائر والتي تمكن من خلق سياق اجتماعي يرفض التدخين، فلهذا المناخ دوره الرئيسي في إنقاص معدلات استهلاك السجائر، وخصوصًا بعد أن تبين لنا أن بدء التدخين يرجع- في المقام الأول- إلى وجود سياق اجتماعي يحبذ التدخين ويتقبله (انظر: الفصل الثاني من هذا الكتاب) ويشجعه، وأن ٩٨٪ من حالات معاودة التدخين بعد امتناع عنه تكون بسبب ضغوط اجتماعية (انظر: الفصل الرابع من هذا الكتاب)، أي أن المشكلة الخطرة (والتي كشف الفصل الأول عن جوانب خطورتها) التي تواجه عالمنا المعاصر هي اجتماعية

المنشأ، فتستوجب حلاً اجتماعيًا لها، وهذا ما حاول الفصل الحالي أن يقدمه، فتمت الإشارة إلى أربع وسائل يسهل اتباعها، وقد سبق للمجتمعات الغربية (في أوروبا وأمريكا) أن اتبعت الوسائل الثلاث الأولى، فأحدثت تأثيرًا هائلاً، فعلى سبيل المثال، كانت توقعات العلماء الأمريكيين في التسعينيات- في ضوء تزايد استهلاك الأمريكيين للسجائر خلال القرن العشرين- أنه سيكون في الولايات المتحدة الأمريكية تسعون مليون مدخن في عام ١٩٨٦، فإذا بها- بعد اتباع الوسائل الثلاث السابق الإشارة إليها- خمسون مليونًا فقط، بل ويتوقع بعض الخبراء أن كلاً من الولايات المتحدة والمملكة المتحدة والسويد، ستكون عام ألفين مجتمعات خالية من دخان السجائر، فمعدلات التدخين في هذه الدول تتناقص باضطراد (Chandler, 1988)، هذا نتيجة مباشرة للحملة الشعبية والرسمية المضادة للتدخين، والتي توظف كل ما هو متاح حتى علب السجائر، وتسعى هذه الحملة إلى تقليل دافعية الأفراد لبدء التدخين أو للاستمرار فيه أو لمعاودته بعد امتناع عنه، وذلك من خلال تبصير الجميع بمضار التدخين على الفرد والأسرة والصحة والاقتصاد القومي، وإبراز حقوق غير المدخنين في استنشاق هواء نقي.

ماذا لو استفادت مجتمعاتنا العربية والإسلامية من هذه الخبرة التي اكتسبتها المجتمعات الغربية، ووظفتها في مكافحة التدخين، وماذا لو أضافت مجتمعاتنا العربية والإسلامية إلى هذه الوسائل- التي حققت النتائج المذهلة- الوسيلة الرابعة التي سبق الإشارة إليها والمستمدة مباشرة من ديننا الحنيف، من المؤكد أن النتائج ستتضاعف، فكثير من المسلمين سيحجمون عن التدخين إذا عرفوا أنه حرام، سيتردد المراهق آلاف المرات قبل أن يحاول تجريب تدخين السيجارة الأولى، وسيفكر المدخن مئات المرات قبل أن يمد يده إلى علبة سجائره ليشعل إحداها، ويقوي عزمه على الامتناع والإصرار على ذلك،

وترتفع احتمالات نجاح محاولته الامتناع عن التدخين(*) ولن يقتصر الأمر على الفرد؛ إذ سوف تتحمس هيئات وجماعات- رسمية وغير رسمية- كثيرة لمكافحة التدخين؛ لأنه منكر يجب تغييره، وقد تلجأ حكومات بعض الدول الإسلامية إلى حظر إنتاج السجائر، وحظر استيرادها أو الاتجار فيها؛ لأن الكسب منها مثله مثل الكسب من صنع الخمر أو المتاجرة فيه، فهيئة الصحة العالمية تصنف «النيكوتين»- العنصر الفعال في السيجارة - ضمن المواد المؤثرة في الحالة النفسية، مثله مثل كل أنواع الخمور ومشتقات الأفيون، وغيرها من المخدرات الطبيعية والمُصنَّعة.

(*) للفكرة الدينية دور إيجابي فعال في تركيب الحضارة إذ تشرط سلوك الفرد، وتنظم غرائزه (حاجاته ورغباته) وتمنحه القوة على تحمل الآلام الجسام (لمزيد من التفصيل حول هذا الدور والأدلة التاريخية التي تثبت ذلك: انظر: مالك بن نبي، ١٩٦٩: ٨٨-١٠٥ .

المراجع العربية

١- أحمد الرفاعي غنيم

١٩٨٦ أثر التدخين علـى الذاكرة قصـيرة المدى. **الكتـاب السـنوى فى علم الـنفس،** المجلد الخامس: ٤٤٩ - ٤٦٩، القاهرة: الأنجلو المصرية.

٢- ب. رنوفان.

١٩٧١ **تاريخ العـلاقات الدوليـة،** الجزء الأول (ترجمة: جـلال يحيى) القاهرة: دار المعارف.

٣- حاسم الجزار.

٢٠٠٤ **بعض المحددات النفسية المنبئة بتدخين السجائر.** رسالة دكتـوراة غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنوفية.

٤- زكريا توفيق أحمد.

١٩٨٨ دراسة لبعض سـمات الشخصية وعـلاقتها بالتدخين لدى طلاب كليـة التربية، **علم النفس،** ٧: ٤٠ - ٤٥ .

٥- عادل الدمرداش.

١٩٨٢ **الإدمان** . الكويت: عالم المعرفة (٥٦).

٦- عبد الحليم محمود السيد.

١٩٩٧ **شبكة المخدرات فى الوطن العربى.** مركـز الدراسات والبحوث. أكـاديمية نايف للعلوم. الرياض. ص ص ٣٧ - ١١٣ .

٧- ـــــــــــــــــــــــ .

١٩٧٩ **علم النفس الاجتماعى والإعلام.** القاهرة: دار الثقافة.

٨- ـــــــــــــــــــــــ وآخرون.

١٩٩٠ اتجاهات التغير في حكم الإصابة بالأمراض الجسمـية والنفسية المصاحبة لتعاطي

المواد المؤثرة في الأعـصاب. **علـم الـنفس**، ١٣ : ٨٤ - ٩٥ . الهيئة المصـرية العامة للكتاب.

٩- **عبـد الستـار إبراهيم.**

١٩٨٠ **العلاج النفسى الحديث: قوة الإنسان.** الكويت: عالم المعرفة، العدد ٢٧ .

١٠- **عبـد السلام أحـمدي الشيخ.**

١٩٨٨ بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير. **علم النفس**، ٨ : ١١ - ٢٧ .

١١- **عبـد القـاهر الجرجـاني.**

دلائل الإعجاز: فى علم المعانى. طبعة منشئ المنار الشيخ محمد رشيد رضا.

١٢- **عبـد المنعم شحـاتة محـمود.**

١٩٩٥ **مكـونات الإعلام وآثـاره من منظـور علـم النفس.** عالم الفكر، ٢٤ (١ / ٢): ٢٩١ - ٣١٥ .

١٣- ________________ .

١٩٨٩ أ بعض محددات بدء المراهقين تدخين السجائر. **علم النفس**، ١٢ : ٨٣ - ٨٩ .

١٤- ________________ .

١٩٨٩ ب الاتجاه نحو عمل المرأة خارج المنزل: مقارنة بين التسلطيين وغير التسلطيين. **مجلة العلوم الاجتماعية**، ١٧، (خريف): ١٦١ - ١٨١ .

١٥- ________________ .

١٩٨٨ **تغـيير الاتجـاه نحو التدخين: دراسة تجـريبيـة.** رسـالة دكتـوراة غيـر منشورة، كلية الآداب- جامعة القاهرة.

١٦- ________________ .

١٩٨٥ **بعض الخصائص المعرفية والوجدانية للأزواج وعلاقتها بتقبلهم أفكاراً خـاصة بعـمل المرأة خـارج المنزل.** رسائل ماجستير غـير منشورة، كلية الآداب- جامعة ألمنيا.

١٧- **عمر عبد العزيز عمر.**

١٩٨٨ **دراسات فى التاريخ الأوروبى الأمريكى الحديث.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

١٨- **ج. غازدا، ر. كورسيني (محرران).**

نظريات التعلم: دراسة مقارنة (ترجمة: علي حسين حجاج) الكويت: عالم المعرفة، الجزء الأول، عدد ٧٠، ١٩٨٠ الجزء الثاني، عدد ١٠٨، ١٩٨٦.

١٩- **أ. فيرز.**

١٩٨٦ **نظرية التعلم الاجتماعى لـ روتر** في: غازدا، كورسيني (مرجع سابق).

٢٠- **مالك بن نبي.**

١٩٦٩ **شروط النهضة** (ترجمة: عمر مسقاوي وعبد الصبور شاهين). بيروت: دار الفكر.

٢١- **مصطفى سويف.**

١٩٩٦ **المخدرات والمجتمع:** نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة (٢٠٥).

٢٢- ________ **وأخرون.**

١٩٨٧ **المخدرات والشباب فى مصر: بحوث ميدانية فى مدي انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب.** القاهرة: منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٢٣- **أ. نيفنز، هـ كوماجر.**

١٩٨٣ **موجز تاريخ الولايات المتحدة** (ترجمة: محمد بدر خليل)، القاهرة: دار المعارف.

٢٤- **ز. هارسيناي، ر. هتسون.**

١٩٩٨ **التنبؤ الوراثى** (ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي) الكويت: عالم المعرفة، العدد ١٣٠.

٢٥- ك. هولاند، أ. سيجادوا.

١٩٨٦ **التعلم بالملاحظة لباندورا.** في غازدا، كورسيني (مرجع سابق).

٢٦- هند سيد طه .

١٩٨٤ **بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بتدخين السجائر لدي طلاب الثانوى العام.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب- جامعة القاهرة.

٢٧- ——————————— .

١٩٨٨ **تدخين السجائر طويل المدي: دراسة للأداء علي بعض الاختبارات النفسية الموضوعية.** رسالة دكتوراة غير منشورة كلية الآداب- جامعة القاهرة.

المراجع الأجنبية

28- Ashton, H. & Stepney, R.

1982 **Smoking: Psychology and Pharmacology.** London: Tavistock.

29- Bagozzi, R. P.

1989 Attitudes and Communication; In: Forthcoming. **International Encyclopedia of Communication.** Oxford Uni. Press (draft).

30- ---------------------

1986 Attitude Formation under Theory of Ressoned Action and a Purposeful Behavior Reformulation . **Br. J. Soc. Psychol.,** 25: 59 - 107 .

31- Ball, K.

1986 Smoking Spells Death for Millions. **World Health Forum,** 7: 211- 216 .

32- Berckler, S.

1984 Empirical Validation of Effect, Behavior and cognitive as a Distinct Commponts of Attitudes. **J. Pers. Soc. Psychol.** 47: 1191 - 1205.

33- Best, A.; Bass, F. & Owell, L.

1977 Delivery in a smoking cessation programme for Public Health. **Canadian. J. Public Health,** 68: 469 - 473 .

34- --------------------- et al.

1984 Smoking Prevention and the Concept of Risk. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 257 - 273 .

35- --------------------- & Haksian, A. R.

1978 A. Situation - Spercific Model for Smoking behavior. **Addict. Behav.,** 3: 79-92 .

36- --------------------- & Sudfield, P.

1982 Restricted Enviromental stimulation therapy and Behavioral Self- Management in Smoking Cessation. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 12: 408 - 419 .

37- -------------; Wain Wright, P. E., Mills, D. E. & Kirkland, S. A.

1985 Biobehavioral Approaches to smoking Control; In: W. Linden (Ed) **Biological Barriers in Behavioral Medicine.** New York: Karg-er.

36- Biglan, A. & Ary, D. V.

1989 Methodological Issues in Research on Smoking Prevention; In: C. Bell & R. Battzes (Eds). **Prevention Research: Deterring Dru Abuse among Children and Adolsecents.** Washington, DC: NIDA Research Mongraph (draft).

39- --------------------- & Lichtenstein, E.

1984 A Behavior- Analytic Apporach to Smoking Acquisition: Some Recent Findings. **J. Appl. Soc. Pychol.,** 14: 207 - 223 .

40-------------- ' McConnell, S.; Severson, H.; Bavry, J. & Ary, D.

1984 A situational analysis of Adolesecent Smoking. **J. Behav. Med.,** 7: 107 - 114 .

41- --------------------; Severson, H., Bavry, J. & McConnell, S.

1983 Social influence and Adolesent smoking. a first look Behind the Brain. **Health Education,** Sep/ Oct.: 14 - 18 .

42- Biglan, A. & Taylor, K

(2000) Why we been more successful in reducing tobacco use than violent crime? American J. of Community Psychol., 28 (3): 269 - 302 .

43- Blanchard, E.

(1994) Behavior medicine & health psychology. (701 - 733) In: A. Bergin & E. Garfield (eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sone.

44- Botvin, G.; Baker, E.; Renick, N. Filazzola, A. & Botvin, E.

1984 A Cognitive - Behavioral Approach to Substance Abuse Prevention. **Addict. Behav.** 9: 137 - 147 .

45- -------------------- & Eng. A.

1982 The Efficacy of a Multicomponent Approach to the prevention program. **Prev. Med.,** 11: 199-211.

46- Brown, R., Lichtenstein, E., McIntyre, K. & Harrington Kostur,

1984 Effects of Nicotine Fading and Relapse Prevention in Smoking Cessation. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 52: 307 - 308 .

47- Buivydaite, K.,; Domarkiene, S.; Reklatitoeng R. & Tamosiuans, A. (2003)

The Prevalence & Trends of the smoking habits among midde- aged kaunas pepulation during 20 years & Their relation with sociodemographic status. Medicina (Kaunas), 39 (10) : 999 - 1006.

48- Califano, J. (2003) Release of the 2002 .

National Survey of American attitudes in substance abuse Vit. (www. casacolumbia. org / newsleter).

49- ------------------ (2003).

Tobacco use among middle & high school students. MMWR, 52 (1); 7- 9.

50- Chaiken, S. & Stanger, C.

1987 Attitudes and Attitude change. **Ann. Rev. Psychol.,** 38: 575 - 630.

51- Chandler, W. J.

1986 Tobacco - Strong Words are not Enough. **World Health Forum, 7:** 217 - 225 .

52- Connor, S. & Mcintyre, (1999)

Socio - Demographic Predictors of Smoking cessation among prenant women in Canada, Caradian Journa of Public Health, 90 (5): 352 - 355 .

53- Cox, T.C.; Jacobs, M. R.; Leblance, A. E. & Marshman, J. A.

1983 **A Drug band Drug Abuse: A Refernce Text.** Toreno: Addition Research Foundation.

54- Currg, S.

1993 Self - help intervention for smoking cessation. **J. Cons. Clin. Psychol.** 61: 790 - 803 .

55- Davine, P. G. & Ostrom, T. M.

1985 Cognitive Mediation of Inconsistency Discounting. **J. Pers. Soc. Psychol.,** 49: 5 - 21.

56- Deaux, K. & Wrightsman N. L.

1988 **Social Psychology.** California: Brooks / Cal.

57- Deleon, J.

(2005) **Ameta analysis of worldwide studies demonstrates and assocition between schizophrenia & Tobacco Smoking behtviors.** Schizophr, Res., 76 (2-3); 135 - 157.

58- Dreisback, R.

1980 **Handbook of Poising.** California: Long Medical Pub.

59- Eagly, A. & Chaiken, S.

1984 Cognitive Theories of Persuasion. **Adv. Exp. Soc. Psychol.,** 17: 268 - 359 .

60- --------------------- & Himmelfarb, S.

1978 Attitudes and Opinions. **Ann. Rev. Psychol.** 29: 517 - 554 .

61 - Eiser, J. R.

1978 Discripency, Dissonace and Dissonant Smoker. **Inter. J. Addict.,** 13: 1295 - 1305 .

62- --------------------- & Van der Pligh, J.

1984 Attitudional and Social Factors in Adolescent Smoking: in Search of Peer groub inflaence. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 384 - 363 .

63- Evans, R.

1976 Smoking in Children: Developing a Social Psychological Strategy of Deterrence. **Prev. Med.,** 5: 122- 127.

64- --------------------- ; et al

1978 Deterring the Onset of Smoking in Children: Knowledge of Immediate Physiological Effects and Coping with Peer Presure, Media Presure and Parent Modeling. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 8: 126 - 135.

65- ---------------------; Rains, B. & Hanselka, L.

1984 Developing Data Based Communications in Social Psychological Research: Adolescent Smoking Prevention. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 289 - 295 .

66- Eysenck, H.

1973 Personality and Maintenance of the Smoking Habit (pp. 113 - 14-6) In: W. Dunn, Jr (ed.) **Smoking Begavior: Motives and incentives.** Washington, D. C: Winston and sons.

67- ----------------------

1954 **The Psychology of Politics.** London: Rotledge & Kegan poul.

68- Fazio, R: & Zanna, M. P.

1981 Direct Experience and Attitude Behavior Consistency. **Adv. Exp. Soc. Psychol.,** 14: 161 - 202 .

69- Fishbein, M.

1982 Social Psychological Analysis of Smoking Behavior; In: R. Eiser (Ed.) **Social Psychology and Behavioral Medicine.** New York: Wiley & Sons. Ltd. PP. 179 - 197 .

70- ----------------------& Ajzen, I.

1975 **Beleif, Attitude, Intention and Behavior,** Reading, Mass: Addison - Wesley.

71- Flay, B. R.

1985 Psychosocial Approaches to Smoking Prevention: a Review of Finding. **Health Psychol.,** 4: 449 - 488 .

72- ----------------------; et al.

1980 Are Social Psychological Smoking Prevention Programs Effective?

The Waterloo Study. **J. Behav. Med.,** 8: 37 - 59 .

73- -------------------; d' Averras, J., Best, A.; Kersell, M. & Ryan, K.

1983 Cigarette Smoking: Why young people do it and Wads of preventing it.; In: P. McGrath & P. Firestone (Eds) **Pediatric and Adolescent Behavioral Medicine.** New York: Springer- Verlag. pp. 132 - 183 .

74- Glasgow, R.; Klesges, R.; Godding, P.; vasey, M. & O' Neill, H.

1984 Evaluation of a worksite - controlled smoking program. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 52: 137 - 138 .

75- Gomma, **Report of Health interview Survey:** Health profile of Egypt. Resutis of the first cycle. Publication No. 16. July.

76- Green,

1977 Psychological Factors in Smoking (pp, 149 - 156) in: **Jarvik, et al.,** 1977 .

77- Corti, E

1932 **Ahistory fo Smoking** Harcouret, Brace and company. **(Through: Jarvik, et al,** 1977: 205).

78- Gutschoven, K. & Van de Bulck, J. (2004).

Television Viewing & Smoking Volume In adolescent Somkers: A cross - Sectional Study. Preventive Medicine, 39 (6):. 1093 - 1098.

79- Haddad, L. & Malak, M. (2002).

Somking Habits & Attitudes Towards Smoking among university Students in Jordan International . J. of Narsing Studies 39 (8): 793 - 802 .

80- Hall, S.; Rugg, R.; Tunstall, C. & Jones, R.

1984 Preventing Relapse to Cigarrette Smoking by Behavioral Skill Training. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 52: 372 - 382.

81- Heath, A. C. & Madden, P. G.

1995. Gentic Influences on Smoking Behavior. In J. R.1 Tuner, L. R. Cardon, & J. K. Hewitt (Eds.), Behavior genetic approaches in behavioral medicine (pp. 37 - 48) . New York: Plenum.

82- Heller, K.; Swindle, R. & Dusenburg, L.

1980 Componet Social Support Processes: Comments and Integration. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 54: 466 - 470.

83- ------------------; et al.

1984 **Psychology and Community Change .** Challenges of Future Illinois: the Dorsey Press. 2ad ed.

84- Henningfield, J. & Keeman, R.

1993 Nicotine delivery Kinetics and abuse liability. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 743 - 750

85- Hemrikus, H.; et al.

2005 The Effectiveness of Smoking Cessation interventlove with hositall patients. Preventive Medicine, 40 (3): 249 - 258.

86- Hirschman, R.; Leventhal, H, & Glynn, K.

1984 The Develompment of Smoking Behavior: Conceptualization

and Supportive Cross - Sectional Survey Data. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 184 - 206 .

87- Hovland, C.; Janis, I. Kelley, H.

1953 **Communication and Persuasion.** New Haven: Yale Uni. Press.

88- Insko, C. & Schopler, J.

1972 **Experimental Social Psychology.** New York: Academic Press.

89- Jamesion, G. H.

1985 **Communication and Persuasion.** London: Croom Helm.

90- Jarvik, N.

1979 Biological influences on cigarette smoking. (pp. 7 - 45) **In: Krasnegor,** 1979.

91- ----------------; Cullen, J; Grits, E.; vogt, T. West, 1 .

1977 **Researsh on Smoking Behavior.** Washinton: NIDA Research Monogreph 17 .

92 - Janis, I. & Hovland, C.

1959 An Overview of Persuasbility Research; In: C. Havland & I. Janis (Eds) **Personality and Pensuasbility.** New Haven: Yale Uni. press. pp. 1-16.

93 - Kamarck, T. & Lichtenstein, E.

1985 Current Trends in Clinic - Based Smoking Control. **Ann. Behav. Med.,** 7: 19 - 23 .

94- Kandel, D.

1987 Convergences in Prospective Longitudinal Surveys of Drug in normal P. opulations; In: D. Kandel; et al. (Eds) **Longitudinal research on Drug use: Fmpirical Fmpirical Findings and Methodological Issues.** New York: Wiley & Sons Ltd. pp. 3 - 37 .

95- -------------------; Kessler, R. & Margulies, R.

1978 Antecedents of Adolescent Initiation Into Stages of Drug Use: A Developmental Analysis; In: D. Kandel; et al. (Eds) **Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Finding and Methodological Issues.** pp. 73 - 99 .

96 - Keirnan, C.

1978 Behavior Modiffication (pp. 336 - 448) In: Clark & Clark (Eds) **Reading from Mental Difficiency:** The Chaving cutlook . London.

97- Killen, S.; vard, T.; Rogers, J.; Green, G. & Schatzberg, A.

2004 Randomized Clinical trail of the efficacy of Buprop. J. Con. & Clin. Psychol., 72 (4).

98- Knapp, N.

1980 **Essentials of Noverbal Communication.** New York: Holt Rinehart.

99- Koop, C.

1986 A Society Free Smooking by the year 200C. **World Health Forum,** 7: 226 - 231 .

100- Krasnegor, N (ed.)

1979 **The Behavioral Aspects of Smoking.** Washington NIDA Research Monograph 26.

101- Lnacker, J.

1977 Smoking and Disease (pp. 230 - 283) In: **Jarvik, et al,** 1977.

102- Leeder, 1 .

1977 Sociocultural Factors in the Etiolog of Smoking Behavior: An Assessment (pp. 186 - 201). In: **Jarvik, et al,** 1977.

104- Leventhal, H.

1986 Health Psychology: A Social Psychological Perspective; In: L. Berkowitz. **A Survey of Socical Psychology.** pp. 448 - 476 .

105 - ----------------------

1970 Findings and Theory in the study of Fear communications. **Adv. Exp. Soc. Psychol.,** 5: 119 - 186 .

106 - -------------------- & Cleary, P.

1980 The Smoking Problem: A Review of the Research and Theory in Behavioral Risk Reduction. **Psychol. Bull.,** 88: 370 - 405 .

107- ---------; Porhaska, T. Hirschman, R.

1985 Preventive Health Behavior Across the Life Span; In: Rosen & L. Solomon (Eds) **Prevention in Health Psychology.** New Hampshire: Uni. press of New England. Vol. 8, pp. 191 - 238 .

108- Lerman, C., Caporaso, N. E., Audrain, J., Main, D., Bowman, E. D., Lockshin, B., Boyd, N. R. & Shields, P. G.

1999 . Evidence Suggesting the role of specific genetic factors in-cigarette smoking. Health Psychology. 18 , 14 20 .

109- Lichtenstenin, E.; Antonuceio, D. & Raiwsher, G.

1980 **The Resumption of Cigarette Smoking: A Situational Analysis of Retrospective Reports.** Unpublished monoscript.

110- ------------- & Brown, R.

1980 Smoking Cessation Methods: Review and Recommendations; In: W. Miller (Ed) **The Addictive Behaviors: Treatment of Alcholism, Drug Abuse, Smoking and obesity.** Oxford pergamon Press, pp. 169 - 206 .

111 ---------------- & Danaher, B.

1976 Modicication of Smoking Cehavior; A critical Analysis of Theory, Reasearch and Paractice; In M. Hersen; et al. (Eds) **Progress in Behavior Modiffication.** New York: Academic Press. pp. 76 - 132 .

112- -------------- & Glasgow, R.

1992 Smoking cessation: What have we learned over the past decade? **J. Cons. Clin Psychol.,** 60: 518 - 527 .

113- Lopez, N.

2002 How Imporant are to baco prices in the propensity to start & quit smoking: Health Econ., 11 (6) : 521 - 535.

114- Luce, B. & Schweitzer, S.

1977 The Economic Costs of smoking - Induced Illness (pp. 221 - 229) In: **Jarvik, et al.,** 1977 .

115- McGuire, W.

1985 Attitudes and Attitude Change; In: Lindzey & E. Aronson (Eds). **The Handbook of Social Psychology,** 2: 233 - 346. New York: Random House.

116- Mermelstein, R.; Cohen, S.; Lichtenstein, E.; Baer, J. & Kamarck, T.

1986 Social support and smoking cessation and Maintenance. **J. cons. Clin .** Psychol., 54: 447 - 453 .

117 - Millar, M. & Tesser, A.

1986 Effects of Affective and Cagnitive Focus on Attitude - Behavior Relation. **J. Pers. Soc. Psychol.,** 51: 270 - 276 .

118- Murray, D,; Johnson, C.; Luepker, R. & Mittelmark, M.

1984 The Pervention of Cigarette Smoking in Children: A Comprasion of Four Strategies. **J. Appl. Soc. Psychol.,** 14: 274 - 288 .

119 - Omer, S., et al:

1984 Prevention of the Smoking Epidemic in a Developing Country-Egypt: A Review paper. **Armed Forces Medical Journal,** 27 : 136 - 146 .

120- Orleans, C., Kristeller, J. & Gritz, E.

1993 Helping Hospitalized smokers aut: New directions for Treatment and research. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 778 - 789 .

121- Parrott, A.

1999 Dose Cigarette smoking cause stress? Amer Psychol. 54: 517 - 820 .

122- Pechacek, T.

1979 Modiffication of Smoking Cehavior (pp. 127 - 188) In: **Krasnegor,** 1979 .

123- Pollin, W.

1977 Foreword (pp. 5 - 6) In: **Jarvik, et al,** 1977.

124 - Pomerleau, O.; Collins, A.; Shifman S. & Pomerleau,.

1993 Why some people smoke and athers do not: New perpective. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 723 - 731 .

125 - Quattrone, G.

1985 On the congruity between Internal states and Ations. **Psychol. Bull.,** 98: 3-40 .

126- Royce, J. ; Corbett, K.; Sorensen, G. & Ockene, J. (1999) Gender social pressure & smoking cessations. Social Science & Medicine, 44 (3): 359 - 370 .

127- Russell, M.

1977 Smoking problems: An overview (pp. 13 - 34) In: **Jarvik, et al,** 1977.

128- Sabol, S.; Fisher, C., Gunzerath, L.; Brody, C.; Hu,S.; Sirota, L., Marcus, S.; Greenberg, B.; Lucas IV,F.; Benjamin, J.; Murphy, D. & Hamer, D.

1999 A Genetic Association for Cigarette smoking Behavior. Health Psychol., 18: 7 - 13.

129- Schnall, R.; Wang, H., et al.

2005 Change in Worksite smoking behavior Following cancer risk feedback: A Pilot Study. Am. J. Health Behav., 29 (3): 215 - 217 .

130- Schuman, L.

1977 Patterns of smoking behavior (pp. 36 - 66) In: **Javik, et al,** 1977 .

131 - Schwartz, J.

1977 Smoking cures: Ways to kick an unhealthy habit (pp. 308 - 338) In: **Jarvik, et al,** 1977 .

132- SGR.

2001 Women & Tobacco (www. cdc. gov / 26 / 2001).

133 - Shifman, S.

1993a Smoking cessation treatment: any progress. **J. Cons. Clin. Psychol.** 61: 718 - 722 .

134- -------------------

1993b Assessing smoking Patterns and motives. **J. Cons. Clin. Psychol.,** 61: 732 - 742 .

135 - Solomon, R. & Corbit, J.

1974 An opponent - process Theory of Motivation: Temporal Dynamics of Affect. **Psychol. Rev.,** 8: 119 - 145 .

136 - Soueif, M.; Darweesh, Z. & Taha, H.

1985 The Association between Tobacoo smoking and use of Anather psychoactive Substances among Egyptian Male students. **Drug. & Alcihol Dependence,** 15: 4 - 7 - 56 .

137- -----------; El - Sayed, A.; Darweesh, Z. & Hannourab, M.

1980 The Egyptian **Study of Chronic cannabis consumption.** Cairro NASER.

138- Stanton, W. Currie, G. Oei, T. & Slive, P.

1996 Adevelopment approach to in fluences on adolescents Smoking & Quitting. Journal of Applied Developmenttal Psychology, 17 (3): 307 - 319 .

139- Sutton, S.

1982 Fear - Arousing Communications: A Critical Examination of Theory and Research; In R. Eiser (Ed) **Social Psychology and Behavioral Medicine.** Wiley & Sons Lids pp. 303 - 335 .

140 - Sweemey, P. & Gruber, K.

1984 Selective Exposure: Voter Information preferences ans the Watergatte Affair. **J. pers. Soc. Psychol.,** 46: 1208 - 1221 .

141 - Ternes, J.

1977 An opponent process Theory of Habitual Behavior with special Reference to smoking (pp. 157 - 158) In: **Jarvik, et al,** 1977 .

142- Triandis, H.

1977 **Interpersonal Behavior** . Montery. Calif. Brooks: Cale (Through: Eagly & Himmelfarb, 1978).

143- Uma Ram Nath.

1986 **Smoking: Third world alert .** New york: Oxford Uni. press.

144- Vogal, J.

2003 The Relationship between deression & Smoking in adolescents. **J. of Adolesence,** Jpring (Avalrable at www. findartickles. com).

145- Wilson, D.; Smith, B.; Speizer, I., et al

2005 Differences in feed in food in take & exercise by smoking status in addescents. **Preventive Medicine,** 40 (6): 872 - 879 .

146- WHO.

1980 International Programe on the Diagnosis and Classification of Mental Disenders; **Subgroup 4: Alcohol and Drug Related Problems.** Washington 25 - 29th Augst.

147 www. Casacolumbia. org.

148- www. Cdc. gov.

149- www. surgeongeneral. gov.

150- Yang, G.; Fan, L., Tan, J., et al.

1999 Smoking in China: Finding of the 1996 national prevalence survey. **Journal of American Medical Association,** 282 (13): 1247 - 1253 .

* * *

الفهرس

الموضوع	الصفحة
- مقدمة الطبعة الثالثة	٩
- مقدة الطبعة الثانية	١٣
- مقدمة الطبعة الأولى	١٧
تمهيد	٢٣
الفصل الأول: أضرار تدخين السجائر	٣٥
أولاً: آثاره على الجسم	٣٨
ثانيًا: آثاره على النفس	٤٦
ثالثًا: آثاره على الآخرين	٥٦
رابعًا: آثاره على الوطن	٥٧
الفصل الثاني: بدء التدخين	٦١
التدخين يكتسب على مراحل	٦٣
العوامل المشجعة على بدء التدخين	٦٨
الفصل الثالث: الاستمرار في التدخين	٨٧
التفسير الأول للاستمرار	٨٩
التفسير الثاني	٩٣
التفسير الثالث	١٠٠
التفسير الرابع	١٠٣
الفصل الثاني - الامتناع عن التدخين	١٠٧
الأساليب الفسيولوجية	١١٢
أساليب التنفير	١١٤

الموضوع	الصفحة
أساليب التحكم الذاتي	١١٥
التحكم في معدل التدخين	١١٨
برامج الوقاية من الانتكاس	١١٨
برامج الصحة العامة	١٢٣
تقويم أساليب الامتناع السابقة	١٢٨
الفصل الخامس: الوقاية من بدء التدخين	١٣١
أهمية الوقاية من بدء التدخين	١٣٣
التخاطب كوسيلة للوقاية	١٣٦
بحوث الوقاية من بدء التدخين	١٤١
علاقة الاتجاه بالسلوك	١٥٦
الفصل السادس: أما بعد	١٦١
المراجع العربية	١٨١
المراجع الأجنبية	١٨٤


تم بحمد الله


طبع بدار غريب للطباعة
١٢ شارع نوبار (لاظوغلي) القاهرة
ص.ب (٥٨) الدواوين ت: ٧٩٤٢٠٧٩

هذا الكتاب

يستهدف إماطة اللثام من مشكلة شديدة الخطورة يواجهها العالم أجمع ، ومن أبرز مظاهر هذه الخطورة:-

١- إن التدخين هو المسئول الأول عن قائمة طويلة من الأمراض التي تؤدي الإصابة بها إلى الوفاة.

٢- إن التدخين يؤدي إلى خسائر اقتصادية فادحة.

٣- والمظهر الأكثر خطورة ،أن منتجات التبغ كافة تسبب الإدمان وأن ((النيكوتين)) هو العنصر الموجود في هذه المنتجات ، ويؤثر في المخ مسببًا هذا الإدمان ، وأن كل العمليات الكيميائية الحيوية والسلوكية المحددة لإدمان ((النيكوتين)) تماثل تمامًا ما يحدث عند إدمان أكثر المخدرات تأثيرا في الجهاز العصبي كالهيروين والكوكايين .... وغيرهما.

